



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

Angelita Monteiro
Evandro Monteiro

Envelhecer na atualidade:
Perspectiva dos idosos

Mindelo 8 de Julho de 2013

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem em 2013

Discentes:

Angelita Monteiro

Evandro Monteiro

Envelhecer na atualidade: Perspectiva dos idosos

Orientadora:

Enf^a Acélia Mireya Cáceres

Mindelo 8 de Julho de 2013

Dedicamos esta pesquisa aos nossos pais, a nossa família
e a todos aqueles que tornaram possível a nossa
Licenciatura e a realização desse trabalho

AGRADECIMENTO

Eu Angelita Monteiro agradeço a minha mãe pela educação e o apoio que me dá e por me ter feito a pessoa que sou hoje; Ao meu pai pelo apoio financeiro, o que tornou possível a minha licenciatura; Á minha tia Maria de Fátima, pelo apoio que me deu sempre que precisei.

Aos meus irmãos Ivan, Renato e Carla por me aturarem nos meus momentos de stress; Ao meu colega e namorado Evandro Monteiro pelo apoio e por ter-mos formado uma equipa que permitiu desenvolvimento do trabalho; À minha prima Romina Cruz por ser minha amiga, a nossa orientadora Acelia Mireya Cáceres pela disponibilidade e orientação.

Á Mestre Rosemeire Ambrozano por ter feito com que a primeira turma de Licenciatura em Enfermagem pudesse ter superado muitas das dificuldades que enfrentava antes da sua chegada e coordenação do curso.

Aos meus colegas de turma, docentes, orientadores e profissionais de saúde que nos ajudaram durante estes quatro anos.

Eu Evandro Monteiro, agradeço a deus em primeiro lugar, á minha querida mãe, ao meu falecido pai que deus o tenha, aos meus irmãos, a minha colega e namorada Angelita Pinto e a Uni Mindelo.

Agradeço também a alguns colegas de turma, aos docentes que me lecionaram durante o curso e aos docentes, orientadores, profissionais que me acompanharam durante os Ensinos clínicos e por último, mas não menos importante agradeço a Enfermeira Acelia Mireya Cáceres pela orientação no trabalho.

Em conjunto agradecemos aos idosos e respectivos familiares e aos enfermeiros por terem permitido a realização desse estudo, pois só foi possível graças a sua participação.

Ao Hernany, Jeremy, Jeff, Dr Andrese Fidalgo e Enf^a Suse Antunes, um obrigado por terem dado o seu contributo na realização desse estudo.

RESUMO

Envelhecer na actualidade: Perspectiva dos idosos

Envelhecer é um processo contínuo e inevitável, com o qual todos deparam diariamente, em todo o mundo. A taxa de envelhecimento tem vindo a aumentar, fazendo com que haja uma crescente preocupação com a forma como se envelhece.

Uma vida com qualidade para os idosos do futuro poderá passar por um estilo de vida saudável, pelo sentimento de viver em segurança, receber apoio familiar, ser bem cuidado pelos profissionais de saúde e pela manutenção de participação social.

Trata-se de um estudo que contextualiza a enfermagem gerontológica na concepção do cuidar. A situação estudada envolve as necessidades de cuidado do idoso e actuação dos profissionais de saúde nesta área.

O cenário para as entrevistas foi a casa dos idosos e o Centro de Saúde, todos situados na zona de Monte Sossego.

Para a realização do estudo aplicou-se uma entrevista a dez (10) idosos, dez (10) familiares respectivos e quatro (4) enfermeiras. Trata-se de uma abordagem qualitativa, quantitativa, descritiva e correlacional. A abordagem quantitativa foi aplicada na análise das respostas dos familiares e profissionais de saúde, e a qualitativa na dos idosos. Os idosos têm a idade superior aos sessenta e cinco (65) anos e inferior aos noventa e cinco (95) anos de idade, são reformados e não apresentam nenhuma dificuldade cognitiva grave.

A análise das entrevistas foi indicada por Lefèvre e Lefèvre (2003:44). Cada questão deu origem a uma ou mais ideias centrais a partir das quais se descreveu o Discurso do Sujeito Colectivo.

Embora alguns dos idosos tenham condições que contribuem para uma boa Qualidade de Vida, de forma geral estes definem sua vida e vivência, como razoável.

Torna-se assim, hoje indispensável, equacionar a organização e a prestação de cuidados a um grupo etário que, necessariamente, vai ter de enfrentar situações de dependência acrescida, relacionadas com o aumento da prevalência de doenças crónicas, e, consequentemente, com necessidades acrescidas de apoio.

Palavras-chave: Idosos, Qualidade de vida, Profissionais de saúde e Familiares

ABSTRACT

Aging in the present: the perspective of the elderly

Aging is a continuous and inevitable process faced by everyone, every day, in the entire world. As the proportion of the elderly population increases, concern has grown about the way people age.

A quality life for the elderly of the future could involve a healthy style of living, the feeling of living in security, receiving support from relatives, being well taken care of by health professionals and continuing to participate in social activities.

This is a study that contextualizes gerontological nursing in the conception of care. The situation studied involves elderly individuals' care needs and the actions performed by health professionals in this area.

The settings for the interviews were the old age home and the health center located in the Monte Sossego district of the city of Mindelo.

The study was carried out through applying interviews to ten (10) elderly persons, ten (10) of their respective relatives and four (4) health professionals.

The approach was qualitative, quantitative, descriptive and correlational. The quantitative approach was applied in the analysis of the responses from the relatives and health professionals, while the qualitative approach was applied in that of the elderly persons. All of the elderly interviewed are aged above sixty-five (65) and below ninety-five (95), are retired and do not present any serious cognitive difficulty.

The analysis of the interviews was indicated by Lefèvre and Lefèvre (2003:44). Each question gave rise to one or more central ideas based on which the Discourse of the Collective Subject was described.

Although some of the elderly interviewed have the means to enjoy a good quality of life, in general they defined their life and living situation as reasonable.

It has today become indispensable to equate the organization and provision of care to an age group that will necessarily face situations of growing dependency, related to the increase in the prevalence of chronic illnesses and, consequently, added support needs.

Key words: Elderly, Quality of life, Health professionals and Relatives

ABREVIATURAS E SIGLAS

- ❖ INE: Instituto Nacional de Estatística
- ❖ QdV: Qualidade de Vida
- ❖ OMS: Organização Mundial Da Saúde
- ❖ HTA: Hipertensão Arterial
- ❖ DM: Diabetes Mellitus
- ❖ CSMS: Centro de Saúde de Monte Sossego
- ❖ NHF: Necessidades Humanas Fundamentais

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA.....	2
METODOLOGIA.....	4
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
Envelhecer, Envelhecimento e Velhice	6
Qualidade de vida e saúde dos idosos	8
A presença do idoso na família	10
Avaliação da própria vida e o cuidado de si.....	12
Vida social dos idosos	13
Importância das instituições sociais no apoio ao idoso	14
A solidão no idoso	16
A religiosidade e espiritualidade na terceira idade.....	18
CAPÍTULO II:ACTUAÇÃO DO ENFERMEIRO	20
Actuação do enfermeiro na área de gerontologia	21
O enfermeiro e a sua actuação junto ao idoso.....	24
O enfermeiro e o ensino ao prestador de cuidados aos idosos.....	26
CAPÍTULO III: CASUÍSTICA METODOLÓGICA	29
Explicação metodológica.....	30
Questão de investigação.....	31
Conceptualização do estudo e método.....	32
Identificação de variáveis	34
Hipóteses	34
Amostra	35
Técnica de recolha de dados.....	36
Instrumentos de recolha de dados.....	36

Procedimentos na recolha de dados e aspectos éticos.....	37
Procedimento no tratamento e análise de dados	38
RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
Características sociodemográficas.....	40
Análise e interpretação do Discurso do Sujeito Colectivo	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES	65
Dificuldades e limitações do estudo	67
Sugestões e propostas.....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	76

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1: Representação gráfica segundo o género

Fig.2: Representação gráfica da distribuição segundo o estado civil

Fig.3: Envelhecimento na actualidade – Perspectiva dos idosos

Fig.4: Diferença entre os idosos da actualidade dos de antigamente

Fig. 5: Como o idoso vive o seu dia-a-dia

Fig.6: QdV na perspectiva dos idosos

Fig 7: O que os idosos fazem para ter boa QdV

Fig.8: Satisfação das NHF e o cuidado percebido pelos dosos

Fig 9: O cuidado que os familiares prestam aos idosos

Fig. 10: Frequência com que os idosos procuram os serviços de saúde

Fig.11: Contribuição dos profissionais de saúde para uma boa QdV dos idosos

Fig. 12: Inclusão dos idosos na sociedade/comunidade e família

Fig. 13: Relacionamento dos idosos com os amigos

Fig.14: Frequência com que os idosos vão á igreja

Fig.15: O que os idosos mais temem na vida

Fig. 16: Como os idosos se auto-definem

ÍNDICE DE TABELAS

Tab. 1:Distribuição segundo idade

Tab. 2: Representação segundo o número de filhos

Tab.3:Distribuição segundo a proximidade habitacional dos filhos

Tab.4Distribuição segundo o número de pessoas que vivem com o idoso

Tab. 6: Características dos profissionais

Tab. 7: Princípios determinantes da QdV – opinião dos profissionais

Tab. 8: Factores fundamentais para se ter uma boa QdV na velhice (Pergunta de opção)

Tab. 9: Resposta a questão sobre a QdV dos idosos atendidos na instituição

Tab. 10: Principais queixas dos idosos atendidos na instituição

Tab.11: Como é que o profissional pode contribuir para melhorar a QdV dos idosos

Tab. 12: Qual o contributo dos profissionais para melhorar a qualidade de vida dos idosos

INTRODUÇÃO

O TCC (Trabalho de Conclusão de Curso) de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade Do Mindelo a que se deu o título de **“Envelhecer actualmente: perspectiva dos idosos”**, constitui não só mais um elemento que determina o estado de preparação do licenciado para o mercado de trabalho, mas também se apresenta como um instrumento que possibilita aos discentes que investigam sobre este tema e aos demais que tiverem acesso a este documento saber e compreender o quão importante é avaliar a vida e a vivência dos idosos na sociedade contemporânea.

Mundialmente a população idosa vem crescendo e a isto junta-se o facto de a taxa de natalidade, a de fecundação, a de mortalidade infantil e a geral virem diminuindo. Já no ano 2010 o INE (Instituto Nacional De Estatística), mostrava que Cabo Verde tinha aproximadamente 20.174 pessoas do sexo masculino e 29.889 do sexo feminino com mais de 59 anos.

Rodolfo Shneider, e Tatiana Irigaray, (2008: 5) referem que:

A etapa de vida caracterizada como velhice, com suas peculiaridades, só pode ser compreendida a partir das relações que se estabelece entre os diferentes aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Essa interação institui-se de acordo com as condições da cultura na qual o indivíduo está inserido. Condições históricas, políticas, económicas, geográficas e culturais produzem diferentes representações sociais da velhice e também do idoso. Há uma correspondência entre a concepção da velhice presente em uma sociedade e as atitudes frente às pessoas que estão envelhecendo.

Mas esta sociedade envelhecida desvaloriza e exclui os idosos. Em muito este processo é gerado pela sociedade de consumo que cada vez mais valoriza o novo, o ágil, o descartável, as relações e processos imediatos, desta forma o que não se adapta a este molde fica à margem.

Sabe-se que vários autores vêm estudando ao longo dos tempos, aspetos sobre a velhice e o envelhecer, mas independentemente do que se possa descrever a cerca desse assunto tão vasto, fica sempre algo por descobrir e desenvolver uma vez que o mundo está em constante mudança.

Sendo assim ao basear nestes que muito investigaram, o estudo que se apresenta surge da necessidade de analisar e tentar compreender os aspetos envolvidos no processo de envelhecimento, enfocando a importância do contexto social na idade da velhice, pois de forma directa os indivíduos e a sociedade estão envolvidos.

Tratando-se de um estudo realizado por futuros enfermeiros vale salientar que a enfermagem enquanto disciplina, tem como foco a ciência e a arte de cuidar do ser humano como um todo, independentemente da idade e características associadas, ou seja, deve vê-lo como um ser bio-psico-sócio-espiritual, buscando assim dar significado a sua existência.

Este estudo proporcionará uma contribuição aos profissionais de enfermagem e de outras áreas científicas e sociais pela reflexão crítica sobre este tema tão complexo, além de tentar responder a seguinte pergunta:

Como é que os idosos estão vivendo na sociedade atual?

O objecto deste estudo é um grupo de idosos residentes na zona de Monte Sossego, que vivem ou não com os seus familiares sendo esta zona o campo empírico do estudo. Trabalhou-se também com os respectivos familiares dos idosos e um grupo muito reduzido de enfermeiras do centro de saúde da mesma zona. A zona foi escolhida por ser vasta e por nela residir grande número de idosos.

PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA

Uma investigação tem sempre origem numa situação que causa preocupação, dúvidas, ou uma certa inquietação, exigindo portanto, uma explicação ou melhor compreensão do fenómeno observado. Quando se diz que todo o trabalho de investigação tem início com algum tipo de problema, torna-se conveniente esclarecer o significado deste termo. (Claudinei Campos 2004:614)

A decisão para desenvolver um estudo em torno de idosos deu-se pela indignação desencadeada nos investigadores após a frequência do Ensino Clínico de Vulnerabilidade realizado em dois lares de idosos diferentes na ilha de São Vicente. Verificou-se que muitos dos idosos sentem-se infelizes e desmotivados, sentem falta e saudades dos familiares e infelizmente a estes é oferecido apenas a ajuda para ter onde dormir e o que comer. Deixa-se de lado portanto a análise e avaliação da vida destes, esquecendo-se que são pessoas que necessitam de atenção e precisam envolver-se e relacionar-se com outras pessoas que não sejam apenas as do lar. São pessoas com uma QdV muito reduzida, fazendo com esta fase seja vivida cheias de restrições.

Embora os investigadores tenham ficado inquietos com a vivência dos idosos nos lares, optaram por estudar idosos que vivem em suas casas com ou sem familiares, mas que

podem estar a passar pela mesma situação que os idosos dos lares, pois vivem confinados em suas casas e não se interagem com outras pessoas.

O problema, segundo Fortin (1999: 374), é definido como o Enunciado formal do objectivo de uma investigação tomando a forma de uma afirmação que implica a possibilidade de uma investigação empírica que permite encontrar respostas.

Trabalhar este tema contribuirá claramente para o desenvolvimento e aquisição de novos conhecimentos, novos comportamentos e novas actuações. Por outro lado ao percorrer novos caminhos estar-se-á a contribuir com informações procedentes do estudo, que se forem bem analisadas, consegue-se implementar soluções para os problemas descobertos, para melhorar a qualidade de vida dos idosos, na tentativa de promover maior satisfação com a vida a estes, além de se revelar um grande contributo aos profissionais de áreas sociais.

Tendo em conta o progressivo envelhecimento da população, tornar-se-á urgente, num futuro muito próximo definir e, sobretudo, pôr em prática, programas activos de apoio multidisciplinar aos idosos, no sentido de lhes poder proporcionar qualidade de vida. Pareceu-nos assim pertinente, desde já, investigar qual a situação actual, face aos idosos da zona de Monte Sossego, e dessa forma, eventualmente contribuir para dinamizar medidas adequadas a essa população em concreto e a população idosa de São Vicente, que permitam alcançar um envelhecimento bem-sucedido.

O estudo tem o seguinte **objectivo geral** como linha orientadora:

- Propor soluções para inserção social dos idosos e condições favoráveis ao cuidado de si e melhoramento da qualidade de vida

Para a realização do objectivo geral, o estudo tem como **objectivos específicos**:

- Saber a opinião dos idosos sobre a questão da velhice e do envelhecer
- Avaliar a condição de vida social dos idosos em estudo
- Identificar até que medida os idosos são capazes de cuidar de si
- Identificar de que forma os familiares cuidam dos idosos
- Apresentar resultados sobre o cuidado dos profissionais de saúde no que diz respeito a QdV dos idosos
- Propor soluções que vão de encontro aos problemas dos idosos

METODOLOGIA

Este estudo centrou-se numa pesquisa de revisão bibliográfica, como também numa pesquisa de campo. Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo onde se pretende colher informações através de:

- Revisão bibliográfica
- Entrevista semi-estruturada

Em termos estruturais, este trabalho encontra-se dividido em 3 (três) capítulos.

O Capítulo I inicia-se com o Enquadramento teórico no qual aborda-se temas como a velhice, envelhecer e envelhecimento, assim como também temas como a qualidade de vida na velhice e outros aspectos relevantes para que se compreenda a vivência dos idosos na actualidade.

No Capítulo II, fala-se do tema Actuação do enfermeiro na área de gerontologia, abordando as competências dos enfermeiros na área citada, dando ênfase à relação de ajuda enfermeiro/idoso, assim como também o ensino aos idosos e aos seus familiares no que diz respeito aos cuidados e atitudes que contribuem para uma boa qualidade de vida na velhice.

Por último apresenta-se o Capítulo III, onde se descreve todo o processo metodológico que permitiu estudar os idosos e os aspectos que descrevem a sua vivência na actualidade.

CAPITULO I:
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Envelhecer, Envelhecimento e Velhice

O crescimento da população de idosos é um acontecimento mundial e ocorre em um nível sem precedentes. Em 1950, havia cerca de 204 milhões de idosos no mundo. Em 1998, menos de cinco décadas depois, esse contingente alcança 579 milhões de pessoas; um crescimento de quase oito milhões de idosos por ano segundo nos diz Rachel Carneiro, et al (2007:229).

Muitos são os autores que têm discutido sobre o que é o envelhecimento, a terceira idade e suas vertentes, mas muito tempo ainda se levará até que se chegue a um consenso. De acordo com Gilson Medeiros (2003:1) o termo “terceira idade” foi criado pelo gerontologista Francês Huet, e surge “para expressar novos padrões de comportamento de uma geração que se aposenta e envelhece activamente.” Actualmente, o número de idosos em todo o mundo tem crescido de forma constante e progressiva. As últimas pesquisas mostram que, pela primeira vez na história da humanidade, haverá nos países desenvolvidos mais avós e bisavós do que netos e bisnetos. Essa transformação já começou a ocorrer a partir de 2000 e alcançará o mundo inteiro algum dia.

Cada país, cada sociedade ou mesmo cada comunidade defende a sua opinião sobre o que é envelhecer, envelhecimento ou velhice, uma vez que em lugares diferentes o respeito, a forma e o valor que se atribui as pessoas também é diferente. De facto e de acordo com Lizete Rodrigues e Geraldo Soares, (2006:2) a abordagem temática do envelhecimento, inclui necessariamente, a análise dos aspectos culturais, políticos e económicos relativos a valores, preconceitos e sistemas simbólicos que permeiam a história das sociedades. Entende-se que envelhecimento é um processo vitalício e que os padrões de vida que promovem um envelhecimento com saúde são formados no princípio da vida. Porém, vale salientar que fatores socioculturais definem o olhar que a sociedade tem sobre os idosos e o tipo de relação que ela estabelece com esse segmento populacional.

Em psicologia da saúde utilizam-se frequentemente dois tipos de conceitos relativamente ao envelhecimento: O envelhecimento primário, que diz respeito a todas as mudanças físicas irreversíveis e universais que todos os indivíduos experimentam com o decorrer dos anos e o envelhecimento secundário, que é resultado de hábitos de saúde, de mudanças físicas que ocorrem como resultado de doenças ou de factores comuns da idade, mas não são irreversíveis (Carla Correia, 2009:4).

Já Domenico De Massy (2000: 275) esquece tudo sobre nascimento, vida e vivência marcada pela saúde ou doença e dá um passo maior em direção à morte uma vez que diz que a velhice e todo o processo de envelhecimento se reduz aos últimos dois ou três anos que precedem a morte, que geralmente são marcados por inabilidade física e psíquica. Ele refere que basta observar a progressão das despesas médicas e farmacêuticas, percebe-se que no último ano de vida gasta-se uma quantia equivalente a que se gastou durante toda a vida até aquele momento e que o último mês custa tanto quanto o último ano. Portanto a velhice é calculada não a partir do ano de nascimento, mas tendo como referência a morte.

Ainda que todos tenham a consciência de que a velhice é um processo natural e que faz parte da vida, vivemos num mundo em que a procura pela juventude sem fim está cada vez mais presente e forte na sociedade. Encontramos cada vez mais remédios e cremes, tratamentos e cirurgias que retirem as rugas ou retardem as marcas da velhice, cosméticos que disfarçam os cabelos brancos. A Mídia reforça essa imagem e o tempo todo tem sempre estampadas manchetes envolvendo esta questão que demonstra a velhice exaltando o aspecto da juventude, bem como filmes que envolvem pessoas envelhecidas comportando-se como adolescentes em virtude de instrumentos encontrados para reverter a velhice. (Rosane De Carvalho, 2010: 33),

Resumindo, Lizete Rodrigues e Geraldo Soares, (2006:2) referem que:

O envelhecimento (processo), a velhice (fase da vida) e o velho ou idoso (resultado final) constituem um conjunto cujos componentes estão intimamente ligados. (...) O envelhecimento é conceituado como processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte. As manifestações somáticas da velhice, que é a última fase do ciclo da vida, as quais são caracterizadas por redução da capacidade funcional, calvície e redução da capacidade de trabalho e da resistência, entre outras, associam-se a perdas dos papéis sociais, solidão e perdas psicológicas, motoras e afectivas.

Sim é verdade que vários autores têm discutido e apresentado a sua opinião sobre este assunto, como foi anteriormente citado mas, embora esse conceito tenha sido definido há muitos anos atrás, Rui Ávila (2009: 43) continua nos dizendo que todos sabemos que a terceira idade é parte integrante do ciclo de vida, mas os significados atribuídos à velhice são vários, sendo por vezes difícil obter unanimidade de opiniões dos vários intervenientes.

Qualidade de vida e saúde dos idosos

O envelhecimento como fenómeno social é um dos desafios mais importantes do XXI. A Qualidade De Vida dos Idosos (QdV) é um tema de importância crescente a par de outros assuntos gerontológicos, tais como a idade da reforma, os meios de subsistência, o estatuto do idoso na sociedade, a solidariedade intergeracional e a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde. (José Carreira, 2008:47)

O termo qualidade de vida é bastante abstrato, daí que se encontre envolto de uma polissemia significativa, a qual não deve ser descurada, uma vez que para diferentes pessoas, em diferentes lugares e em ocasiões diferentes este pode adquirir significados bem distintos. Daí que existam imensas definições para QdV. Este conceito encontra-se submetido a múltiplos pontos de vista e tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo. (*ibid*)

De acordo com o designado em 1994 e adoptado também em 2002 num projeto de política de saúde que visava informar a discussão e a formulação de planos de acção que promovam um envelhecimento saudável, a OMS diz que:

A qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida dentro do contexto da sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo, que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as suas relações sociais, as suas crenças e a relação com característica proeminente no ambiente. À medida que um indivíduo envelhece, a sua qualidade de vida é fortemente determinada pela sua capacidade de manter a autonomia e a independência.

Na velhice a qualidade de vida é um elemento determinado por múltiplos fatores, nem sempre fáceis de serem avaliados cientificamente, nomeadamente fatores objectivos tais como condições de vida, relações sociais, grau de escolaridade, ocupação de tempos livres e capacidade económica, e subjectivos os quais dizem respeito ao bem-estar psicológico, isto é, às experiências pessoais, aos estados internos que podem ser manifestados através de sentimento, às reacções afectivas e aos construtos psicológicos como felicidade, saúde mental, sensação de controlo, competência social, stress e saúde percebida, como nos refere Carla Correia, (2009:29).

Ao longo do processo de envelhecimento, segundo Luís Jacob, (2007:3), as capacidades de adaptação do ser humano vão diminuindo, tornando-o cada vez mais sensível ao meio ambiente que, consoante as restrições implícitas ao funcionamento do idoso, pode ser um elemento facilitador ou um obstáculo para sua vida. A incorporação da visão de promoção da saúde nos programas para idosos supõe uma abordagem crítica da prevenção e da educação em saúde e pode ser vista como um processo social em curso, complexo, que vem sendo estimulado em nível internacional por fóruns e documentos institucionais desde meados da década de 1980. (Mónica Assis, Zulmira e Victor, 2004:558).

Porém os modelos de atenção ao idoso têm se mostrado pouco adequados, e até mesmo inviáveis, em função do atendimento à demanda desta clientela (Kátia Veiga e Tânia Menezes, 2006: 772). Este facto evidencia a fragilidade dos serviços convencionais de saúde, que não atendem ainda a demanda de idosos que reclamam por uma atenção especializada em qualidade e quantidade. Faz-se necessário à implementação e consolidação de práticas que contemplem esta população na especificidade de atenção à saúde, segundo os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, de universalidade, equidade e integridade.

Cada vez mais, por várias razões, clínicos e gestores de saúde reconhecem a importância de se medir Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. Uma dessas razões é a importância de se medir o impacto que as doenças crónicas têm sobre os indivíduos. Outra é o fenómeno comumente observado de que dois pacientes, com os mesmos critérios clínicos, têm, com frequência, respostas drasticamente diferentes, havendo necessidade de se criar critérios mais subjectivos, para conseguir medir a diferença de resultados. Uma terceira deriva do interesse cada vez maior que pacientes, médicos e gestores de saúde colocam sobre os efeitos das intervenções sobre a qualidade de vida. (Sérgio Paschoal, 2000: 64)

Se é muito importante avaliar a qualidade de vida das pessoas, ao que se refere a tal importância Fallowfield (cit. in Sérgio Paschoal, 2000: 94) diz que apesar do quadro desanimador que o autor Shakespeare outrora descreveu a velhice, a situação pode ficar ainda pior. Este descreveu que:

Para muitos idosos poderíamos também acrescentar: sem auto-estima, sem eficácia pessoal, sem amor, sem companhia, sem suporte social... todos nós, mesmo os mais independentes, precisamos de afecto, de sermos amados, cuidados, estimados e valorizados e de ter-mos a sensação de estarmos ligados a uma rede de comunicação e

de obrigações mútuas. Sem estes suportes, muitos idosos experimentam impotência psicológica, levando a um estado de abandono e desesperança,” portanto, se o estudo e a avaliação da Qualidade de Vida têm mostrado sua importância em vários segmentos e disciplinas, eles se revelam também muito importantes para a população idosa.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui, assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países.

A presença do idoso na família

Segundo Papaleo Netto (2002:92) os extremos da vida, seja na primeira infância, seja na senectude, encontramos uma maior limitação social do indivíduo, que passa a depender, por vezes de maneira vital, da sociedade que o envolve e assiste. Como a base e a raiz da estrutura social é a família, pode-se inferir que o estudo do relacionamento dos idosos com a família é de primordial importância no estudo das peculiaridades da vida e da saúde nesta fase.

Em ambas situações, a consideração do indivíduo como pessoa é a única forma de desenvolver, por um lado, e de manter, por outro, o equilíbrio efetivo e físico do ser humano, propiciando seu desenvolvimento harmónico e natural, valorizando todas as suas potencialidades de maneira global. Na verdade, a população idosa é proveniente de uma época com marcados valores culturais, nos quais a família ampliada exercia importante papel. (*Ibid*)

Diante do aumento da expectativa de vida, os papéis familiares no mundo actual se modificam dado à complexidade de situações criadas por factores socioculturais e económicos que afectaram directamente a dinâmica familiar. (Lizete Rodrigues e Geraldo Soares 2006:44)

Segundo Carla Correia (2009: 13), a desagregação das estruturas familiares e a mudança na forma de vida das sociedades industriais, a emergência de valores individualistas e o trabalho da mulher fora do lar, entre outros, fazem com que seja cada vez maior o número de idosos que não envelhecem no seio da família. Na vida das gerações mais novas, preenchida pelas mais variadas experiências e compromissos, não há, muitas vezes possibilidade ou disponibilidade para cuidar dos idosos quando estes

precisam de apoio, restando a estes últimos a ajuda institucional ou ficarem sozinhos em casa, a maior parte do tempo.

Rui Ávila (2009:68), sustenta que a prestação de cuidados aos membros mais idosos tem vindo a reduzir-se e a torna-se mais difícil, em resultado da evolução da sociedade, pois as crianças e os idosos crescem e vivem nos espaços coletivos que lhes são impostos, com poucas ligações ao ambiente familiar, tornando assim evidente a dificuldade por parte das famílias para a prestação de cuidados aos idosos. Importa também citar que, muitos dos idosos, embora não sendo dependentes, com o avançar da idade tornam-se mais vulneráveis em relação à sua autonomia, dependendo de outrem para a satisfação de determinadas necessidades. Cabe ainda referenciar que com o desenvolvimento da ciência assistiu-se a um período em que os cuidados ficaram quase em exclusivo sob a responsabilidade das instituições de saúde.

Sabe-se que a família é vista como um sistema, onde normalmente os seus membros estão interligados, e basta haver uma mudança em um dos membros, pode ocorrer a desestruturação da família quando estes não têm estratégias de *copping* para lidar com diferentes situações. As atitudes moralmente correctas mostram que a concepção mobiliza esforços da família no sentido de desempenhar o papel de suporte junto dos seus integrantes em situação de mudança. Estas atitudes estão amparadas na capacidade de a família perceber o idoso neste caso como alguém que precisa de apoio familiar. Associado a esta percepção, a família também precisa ser capaz de se compreender como uma unidade que tem obrigação de oferecer suporte em uma situação de vulnerabilidade. (Lúcia Silva, Sílvia e Regina 2008:4)

Refere ainda que o entendimento de que o suporte familiar se constitui uma obrigação moral para com os idosos, a perspectiva adopta a pessoa como solidária, e assim sendo considera-se que a solidariedade, vivida em todos os momentos, dirige os deveres de cada um.

A despeito de todas as mudanças, acredita-se que a família ainda é a instituição social em que as relações interpessoais são mais intensas, propiciando emoções fortes e conflitos profundos capazes de promoverem a reflexão e a reelaboração de formas de comportamentos. Considerando a solidariedade familiar de extrema importância para os idosos, no sentido de contribuir para a manutenção de sua participação e integração na sociedade. (Lizete Rodrigues e Geraldo Soares 2006:45)

Avaliação da própria vida e o cuidado de si

De acordo com Leonardo Boff (1999:34) se não receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, definha, perde sentido e morre. Se, ao longo da vida, não fizer com cuidado tudo o que empreender, acabará por prejudicar a si mesmo e por destruir o que tiver à sua volta. Por isso o cuidado deve ser entendido na linha da essência humana, portanto o cuidado há que se apresentar em tudo. O cuidado de si “é antes de tudo construção e relação” relação do sujeito consigo mesmo, e relação entre este e os outros seres humanos. Esta é a sua característica fundamental, uma vez que ninguém existe sozinho, precisamos de colectividade e do viver em conjunto para sobreviver.

No que diz respeito á avaliação da própria vida, (Sérgio Paschoal, 2000: 62) refere que avaliar a própria vida, para concluir a respeito de sua qualidade, para saber se é boa ou ruim, é um processo intrapsíquico complexo, abrangendo julgamentos, emoções e projecções para o futuro. Factores ambientais e pessoais, negativos e positivos, saúde e doença, o físico, o mental e o social, tudo é processado pelo indivíduo, determinando o “como” e o “quanto” ele se valoriza.

A avaliação de vida constitui uma definição operacional de um estado interno, que expressa uma mistura de saúde mental positiva, qualidade de vida domínio-específica, determinação e propósito de vida. O indivíduo faz um balanço de sua vida, usando valores, princípios e critérios por ele incorporados ao longo de sua existência, e procura determinar o grau de satisfação alcançado. O grau de satisfação com sua vida actual depende não apenas de sensação de prazer e ausência de sofrimento, mas, também, de esperança, visão de futuro, propósito, significado, persistência e auto-eficácia. (*Ibid*)

Na generalidade, a emergência de uma personalidade saudável poderá ser compreendida como estando associada a um controlo activo do seu próprio meio ambiente, a uma certa unidade da personalidade e a uma capacidade para se olhar a si próprio e olhar ao mundo sem grandes distorções. (Sara Silva, 2009:27)

Aila Santos (2010:2) diz que as experiências de manter o bem-estar e/ou de lidar com o adoecimento são constantes na vida daqueles que enfrentam o envelhecimento, sendo necessário promover a saúde e estimular comportamentos visando à manutenção da autonomia e ao envelhecimento bem-sucedido. Considerando que esse tipo de envelhecimento é uma condição a ser atingida por quem lida com as mudanças inerentes ao envelhecer, reflecte-se que isso é um objectivo alcançável por quem planeia e trabalha para

ele. Tal facto revela o comportamento denominado auto-cuidado que busca as potencialidades, entende as limitações, valorizando o bem-estar/saúde e encontrando maneiras criativas de se cuidar.

Num estudo apresentado por Tatiane Kuznier (2007:71), o discurso proferido pelos idosos demonstra a valorização de hábitos rotineiros. As actividades de alimentação, os momentos de repouso, devem seguir e respeitar horários peculiares dos idosos. Cuidados com a alimentação e repouso são reconhecidos como prática efectiva de cuidado de si. Seus discursos apontam que esse cuidado é vivenciado de modo particular, explicitando certas rotinas que estão imbuídas na vida diária do idoso. Necessitam se alimentar e dormir em horários pré-definidos, evitando o que consideram não fazer bem para a saúde.

Mas para os idosos o cuidado de si não se restringe apenas aos cuidados com o corpo, pois distrair a mente ajuda a ser mais feliz. No discurso, actividades de lazer como passeios em parques, participar de uma pescaria, mostram que os idosos, diferentemente do que muitas vezes se imagina, não escolhem seus lares como ambiente para ficarem isolados. Gostam de se manter em actividade e, quando afastados do mundo do trabalho, buscam realizar actividades como modo de distracção. (*Ibid*)

Vida social dos idosos

O suporte social consiste no suporte acessível ao indivíduo através dos laços sociais com outros indivíduos, grupos e comunidade. Levando-o a acreditar que é considerado amado e que as pessoas se preocupam com ele, que é estimado e valorizado, tendo noção de que pertence a um sistema de comunicações e de obrigações mútuas. (Márcia Fontinha, 2010:30)

Em função das constantes mudanças decorrentes da emergência da sociedade pós-industrial, a sociedade contemporânea, como nos refere Lizete Rodrigues e Soares Geraldo (2006:5), encontra-se num processo de redefinição de costumes, de comportamentos e consequentemente do estabelecimento de novos paradigmas das relações humanas. São novos valores que configuram uma nova visão do mundo, de sociedade, de um novo período histórico que se constrói globalmente. O processo de globalização, impulsionado pela revolução tecnológica, é marcado pela instantaneidade e descartabilidade favorecendo o culto da juventude, da beleza, da virilidade e da força física em detrimento da idade madura e da velhice que são associadas à improdutividade e decadência. Assim sendo, os

mesmos concluem que a forma de conceber e viver o envelhecimento depende do contexto histórico, dos valores e do lugar que o idoso ocupa na escala classificatória dessa sociedade, que ao final serão responsáveis pela construção social do envelhecer e da velhice.

Ainda segundo Márcia Fontinha, (2010:30) anteriormente citada, a inserção social contribui de duas formas a adaptação á denominada terceira idade, por um lado, a presença de relacionamentos sociais constitui um recurso importante na qualidade de vida, por outro, permite que os sujeitos regulem a qualidade, a estrutura e a função das redes sociais por forma a aumentar os próprios recursos sociais. As mudanças possíveis de ocorrer nas relações sociais dos idosos, nomeadamente de familiares e amigos, são de particular importância na medida em que são fontes de assistência.

Nesse cenário social de predomínio de enfermidade e da não permanência, há pouco espaço para os idosos que acabam por ficar desprotegidos e marginalizados, contexto esse que tem como resultado a dificuldade de auto-aceitação e mesmo de rejeição, por parte do idoso, de seu próprio envelhecimento. Também há o facto de a construção do significado da velhice ser permeada por crenças, mitos, preconceitos, estereótipos que, na sociedade actual expressam-se por meio de representações depreciativas do fenómeno do envelhecimento e do sujeito que envelhece, definindo o seu lugar social. Lizete Rodrigues e Geraldo Soares, (2006:5)

Segundo Ana Brum, Teresinha, e Florence (2005: 2), as acções de enfermagem com o cliente e a sociedade é significativo, ao considerarmos as influências dos valores negativos ou positivos que são atribuídos a diferentes grupos que compõem a sociedade, pois ao considerarmos o grupo idoso, podemos identificar que os mesmos são colocados às margens do convívio da sociedade.

Importância das instituições sociais no apoio ao idoso

De acordo com Carla Correia (2009: 23) o fenómeno do envelhecimento, em particular nas sociedades ocidentais, tem sido alvo, nas últimas décadas, de inúmeros estudos. Consequentemente, muitas questões se colocam no que respeita às respostas sociais de apoio, presentes e futuras, aos cidadãos idosos. Apesar de só a partir da década de 70, o apoio social constituir um quadro teórico integrado e consistente, já anteriormente haviam sido efectuados estudos, ligados sobretudo à Saúde Comunitária, que construíram

de uma forma decisiva para o seu desenvolvimento, sendo hoje possível conhecer os efeitos, sobre a saúde nos seus aspectos estruturais e funcionais.

Desta forma, o apoio social surge como um conceito interactivo que se refere às transacções que se estabelecem entre os indivíduos, no sentido de promover o bem-estar físico e psicológico. É muito importante neste novo contexto, com a mudança da pirâmide etária, repensarmos a questão do idoso e do envelhecimento, numa tentativa de valoriza-lo e assisti-lo, contribuindo para o reconhecimento dos idosos garantindo-lhes espaços de participação social (Roseane Carvalho 2010:42).

Devido a super valorização da juventude e da beleza, atualmente a velhice é uma fase ainda vista com preconceito pela sociedade. Devido ao índice elevado do crescimento da população idosa, é muito importante romper-se com este conceito, e buscar proporcionar aos idosos espaços de participação social. Estes espaços proporcionam aos idosos um ambiente de convivência e integração social. Deve-se pensar nestes espaços não como espaço de ocupação de tempo, mas como um veículo para a socialização e promoção da cidadania dos idosos.

Ser ativo e participativo após os sessenta anos, mesmo com as próprias limitações e potencialidades, não pode ser considerado um privilégio conquistado pelos sujeitos, mas um direito que o estado deve garantir aos seus cidadãos. A sociedade tem de promover um ambiente no qual os idosos possam desfrutar direitos e oportunidades, entre outros aspetos da vida. (*Ibid*)

É fundamental perceber como é que o apoio social influencia o envelhecimento, pois o tipo de associação entre as relações sociais e a saúde é de essencial importância para o envelhecimento. Há quem defenda que o papel das redes sociais significativas no processo de envelhecimento reporta-se ao seu efeito protetor e conservador da saúde mental dos idosos. A presença das redes de apoio é essencial para assegurar a autonomia dos idosos, um auto-conceito positivo e uma maior satisfação de vida, fundamentais para alcançar um envelhecimento bem-sucedido.

Sendo assim, Liliana Teixeira, (2010:22) diz que uma forma de contribuir para o aumento das relações sociais entre os idosos passa pela promoção da saúde no idoso em grupo. A promoção da saúde no idoso remete para a possibilidade de viver a velhice com maturidade, potencializando os determinantes inerentes a este período de vida. Deste modo, o trabalho em grupo com idosos pode ter diversas vantagens a nível das relações sociais, como por exemplo, promover a interação social, aprender novas aptidões

relacionais fomentado a coesão e, consequentemente, a aceitação. Também existem outras vantagens: discutir a crença de que os seus problemas são únicos e imutáveis, descobrir pontos em comum e, consequentemente, diminuir o isolamento sentido por alguns idosos; aumentar a auto-estima através do altruísmo e da empatia, visto que para além de ser ouvido e apoiado o idoso sente-se valorizado por poder apoiar os outros.

Como refere, (Rachel et al, 2007:229) uma relação directa entre relacionamentos sociais, qualidade de vida, capacidade funcional e uma relação inversa desses factores com a depressão têm sido apontadas por diversos autores. Os dados recolhidos sustentam a importância dos relacionamentos sociais para o bem-estar físico e mental na velhice e consequentemente, para uma boa qualidade de vida. O argumento em favor da ideia de que as relações sociais podem, de várias formas, promover melhores condições de saúde, tem sido comprovado, por outro lado, a ausência de convívio social causa severos efeitos negativos na capacidade cognitiva geral, além da depressão.

Segue dizendo que a pobreza de relações como um factor de risco tem sido considerada tão danosa quanto ao fumo, a pressão arterial elevada, a obesidade e ausência de actividade física. Este conjunto de evidências sugere que a deterioração da saúde pode ser causada não somente por um desgaste natural do organismo, sedentarismo ou uso de tabaco, mas, também pela redução da quantidade ou qualidade das relações sociais. De uma forma geral, pode-se argumentar que as pessoas que têm maior contacto social vivem mais e com melhor saúde do que as pessoas com menor contacto social.

A solidão no idoso

Qualquer pessoa, independentemente da idade, precisa de ter alguém, familiar ou amigo, em quem se apoiar. Todos necessitamos de alguém que nos ajude, em caso de doença, na resolução de qualquer problema, ou simplesmente para conversar. As pessoas que mantêm uma relação de intimidade com outra serão, de um modo geral, mais capazes de suportar as mudanças e privações a que estão sujeitas, no decorrer do envelhecimento, pelo que idosos solteiros, viúvos ou divorciados apresentam mais sentimentos de solidão, segundo refere Carla Correia (2009:19).

Viver cada vez mais, segundo nos refere Sérgio Paschoal (2000:17) tem implicações importantes para a qualidade de vida; a longevidade pode ser um problema, com consequências sérias nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e

social. Esses anos vividos a mais podem ser anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias, anos marcados por doenças, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão. No entanto, se os indivíduos envelhecerem mantendo autónomos e independentes, a sobrevida aumentada poderá ser plena de significado.

O suporte emocional representa a necessidade substancial menos alcançada que os idosos não casados e sem filhos apresentam, o que representa uma ameaça para a QdV dos mesmos. Para além da família, também os amigos proporcionam um elevado conforto social, pelo que a integração numa rede de apoio e a socialização são medidas válidas para controlar o ambiente e manter um óptimo estado de saúde. As relações entre os amigos normalmente voluntárias, são baseadas em trocas informais baseadas no interesse mútuo e necessidades sociais, pelo que estas relações apresentam maiores níveis de reciprocidade que as relações de parentesco. (*Ibid*)

A solidão é um constructo muito complexo e subjectivo, que facilmente se confunde com isolamento, abandono, clausura, entre outros. Existindo diversas abordagens teóricas e metodológicas que se debruçam sobre este tema (Márcia Fontinha, 2010: 34).

Netto Papaleu (2000:160) refere que vários autores têm tentado definir a solidão, no entanto salienta que este conceito tem um carácter intuitivo para a maior parte das pessoas, isto é, cada pessoa analisa o seu estado de solidão tendo em conta a situação em que se encontra exposta, pois para muitos o termo solidão significa estar só. Através de estudos efectuados verificou-se que a solidão é uma experiência que pode estar associada a sentimentos como, o desespero, depressão, aborrecimento, impaciência e auto-depreciação. Deste modo, a solidão pode estar associada a uma baixa auto-estima. As pessoas solitárias são pessoas com uma visão pessimista delas próprias e de outras pessoas.

A solidão nos idosos acontece quando estes experienciam a perda ou ausência de um relacionamento próximo como resultado da morte ou separação, a solidão acontece quando se vivencia um estado de dor e desolação acompanhada de percepção de um relacionamento amoroso. É evitada ou limitada usando estratégias de *copping*, que podem ou não resultar em mecanismos compensatórios, acontece quando o indivíduo se apercebe do seu estado de dependência ou a sua aproximação, e decréscimo das capacidades funcionais. É um estado de sofrimento silencioso onde a pessoa está relutante ou incapaz de verbalizar a sua própria solidão. (*Ibid*)

Um estudo realizado por Liliana Teixeira, (2010:30) revelou que os indivíduos que percebem maior preocupação por parte da família ou de amigos apresentavam menos sentimentos de solidão e depressão. Não será assim surpresa que os estudos sobre idosos institucionalizados concluam que, na sua esmagadora maioria, apresentem sentimentos de solidão e depressão e sintomas depressivos, já que estes além de estarem separados do seu ambiente familiar habitual, estão rodeados de pessoas estranhas, frequentemente isolados culturalmente, experimentando sensação de abandono, dependência e inutilidade.

A religiosidade e espiritualidade na terceira idade

Liciania Carneiro (2009: 15) refere que a religião é definida como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos delineados para facilitar a proximidade com o sagrado e o transcendente. Por sua vez a espiritualidade é definida como a busca pessoal por respostas compreensíveis para questões existenciais sobre a vida, seu significado, e a relação com o sagrado ou transcendente que podem (ou não) levar ou resultar do desenvolvimento de rituais religiosos e formação de uma comunidade.

Para a mesma, estudar a influência da religiosidade na QdV de idosos é um grande desafio, uma vez que envolve a espiritualidade que possui um conceito muito amplo, pois é formada de sentimentos como a gratidão pela vida, compreensão, ter fé, saber perdoar, amar, adorar, superar o sofrimento, concordar com mudanças e reflectir sobre o significado da vida.

O ser humano pode cultivar o espaço com o divino, entregar-se ao diálogo com Deus, confiar a Ele o destino da sua vida, surgindo a espiritualidade, que origina as religiões, que expressam o encontro com Deus nos códigos das diferentes culturas. Cuidar do espírito, significa cuidar dos valores que dão rumo à vida e das significações que geram esperança, colocar os compromissos éticos acima dos interesses pessoais ou colectivos, alimentar o interior com a contemplação e a oração, significa, especialmente, experimentar Deus em tudo e permitir seu nascimento no coração (Boff, 1999:121).

O aumento da religiosidade na velhice acontece por um movimento natural, já que a proximidade da morte faz com que idosos se aproximem de temas existenciais ou da transcendência por meio de crenças no sagrado; por temerem a morte, os idosos passariam, a acreditar mais em Deus e a rezar mais. Contudo, pela impossibilidade de se colocar pontos à prova, eles funcionam apenas como pressupostos para pesquisas e intervenções.

Outra possibilidade é que a religiosidade se apresenta como um fenómeno cultural que se manifesta de formas diferentes nas distintas etapas de vida, o que explicaria o fato de que os velhos são mais religiosos do que os jovens, já que teriam se desenvolvido em um contexto em que a expressão da religiosidade era mais normativa do que na actualidade (Neide Moraes et al (2004:14).

A mesma segue afirmando que a religiosidade auxilia os idosos no enfrentamento de eventos stressores e nas constantes perdas decorrentes da idade, pois entre idosos, a religiosidade pode desempenhar importante papel amortecedor no enfrentamento de eventos de vida stressantes, de aborrecimentos quotidianos, de stress crónico associado a doenças, e de stress associado ao desempenho de papéis, como, por exemplo, o de cuidar de outro idoso. A interveniência do enfrentamento religioso pode dar-se por meio de mecanismos cognitivos, como, por exemplo, acreditar que Deus tudo resolverá, que o sofrimento tem um sentido e purifica o espírito, e que se deve rezar para pedir perdão ou para pedir ajuda. Todos eles podem auxiliar a adaptação, á medida que avaliem a ansiedade e ajudarem a evitar sentimentos negativos.

A procura do sentido da vida ou vontade de encontrar um significado, representa uma variável cognitivo-afectivo-motivacional muito importante para a qualidade de vida psicológica. A busca de um sentido é uma constante em todas as idades mas agudiza-se à medida que envelhecemos. Muitos estudos relacionam a busca do sentido existencial particularmente com a religião e a espiritualidade, visto que a maior parte das pessoas nomeadamente os idosos aí buscarem respostas para as perguntas mais cruciais (Carla Correia, 2009:33)

CAPÍTULO II

ACTUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Actuação do enfermeiro na área de gerontologia

A enfermagem é uma profissão classificada como uma profissão virtuosa, que na sua essência de cuidados é parte integrante de um contínuo de tratamento. Bons cuidados de Enfermagem, levam o doente a restabelecer a sua saúde e a lidar dignamente com o seu estado de debilidade, de limitação, da sua condição actual. Contudo, uma má prática do cuidado pode conduzir o doente a não recuperar da doença e/ou agravá-la, dada a vulnerabilidade da situação daquele que confia nos cuidados dos profissionais de Enfermagem. (Isabel Bouças, 2007: 21).

Jacy Sousa (2009: 29) segue dizendo que na enfermagem contemporânea, o conhecimento técnico tem, cada vez mais, sido enfatizado como arma importante na prestação de um cuidado eficaz. Em relação a isto, a construção de um corpo de conhecimento e procedimentos organizados possibilita o desenvolvimento de enfermagem como ciência, enquanto que, ao mesmo tempo, fornece maior qualidade e segurança a atenção prestada pelos profissionais desta área.

Prestar cuidados, segundo Fernanda Almeida, (2011: 34) é uma atitude, uma forma de estar na vida, que induz a um verdadeiro olhar para o outro e também para o mundo. Este olhar será tão mais capaz de ver a pessoa na sua globalidade, quanto mais formos capazes de incorporar na nossa vida profissional e pessoal os valores que, sendo universais, devem ser implementados nas nossas práticas, pois quando um indivíduo adoece, sendo necessário o seu internamento, ele perde parte do contacto com a sua família o que pode fazer com que se desestruture física e emocionalmente. (Lúcia Silva, Sílvia e Regina 2008: 2).

Ainda segundo as autoras acima mencionadas, o que se nota nas instituições hospitalares é que ainda prevalece o valor quantitativo do trabalho da equipe profissional, no qual são desconsideradas expressões e necessidades humanas básicas, como a atenção, o carinho, o relacionamento interpessoal e a solidariedade.

De acordo com José Moniz, (2008: 40) “os enfermeiros têm como finalidade ajudar as pessoas a aproveitarem ao máximo as suas capacidades funcionais, qualquer que seja o seu estado de saúde e a sua idade. Mas ajudar os idosos não tem sido fácil, nem atractivo, pois todos os enfermeiros conheceram a infância, a juventude, a dor, a doença; contudo, ainda não conheceram a velhice, o que torna mais difícil compreender a complexidade do

vivido pelos idosos e de considerar a velhice como um período de crescimento e de evolução.”

A enfermagem gerontológica, é que especializa nos cuidados do idoso, e deverá possuir profissionais aptos a desenvolver atitudes efectivas e de impacto na atenção à saúde do idoso. A gerontologia cuida da personalidade e da conduta do idoso, levando em conta todos os aspetos ambientais e culturais do envelhecer. A assistência prestada à pessoa idosa está directamente ligada às suas necessidades de saúde, cuidados e bem-estar. A equipe de enfermagem deve identificar e avaliar suas necessidades para maximizar suas condições de saúde, minimizar as perdas e limitações, facilitar diagnósticos e auxiliar no tratamento, proporcionar conforto quando o idoso apresentar angústias e fragilidades. (*Ibid.*)

Deve desenvolver suas actividades com a pessoa idosa como nos cita, Bárbara Da Silva e Silvana Santos, (2006: 2), por meio de um processo de cuidar que consiste em olhar essa pessoa, considerando os aspectos biopsicossociais e espirituais vivenciados por ela e por sua família. Essa concepção de cuidar prevê a interação das multidimensões do viver do idoso, para promover uma vida saudável, por meio da utilização de suas capacidades e condições de saúde, visando o seu contínuo desenvolvimento pessoal. Segue ainda dizendo que compete ao enfermeiro ter uma atitude administrativa, educativa, de ensino, de pesquisa e de investigação.

Por outro lado, de acordo com Josiane Martins (2007:4), pesquisas na área de enfermagem gerontologica mostram que há uma carência de capacitação e suporte para os profissionais de saúde e, principalmente para os cuidadores familiares/leigos. Muitas vezes, conforme nos refere a mesma, o direito a uma vida com qualidade e digna é negado aos idosos e a seus familiares. Assim, acreditamos que somente será possível cuidar do idoso/família unindo a pesquisa e educação. A pesquisa proporciona e fundamenta as reflexões e a educação permite compartilhar o conhecimento, resultando na melhoria do processo de cuidar.

Dáí, a importância de formar Enfermeiros na virtude, de tal maneira que desempenhem com excelência as suas funções e que sigam mais além, convertendo-se numa boa pessoa que faça o bem, segundo nos refere Isabel Bouças (2007: 21).

Esta ampla teoria de enfermagem é influenciada por discussões sobre o cuidado e sobre solidariedade, sendo que duas perspectivas principais a sustentam: a percepção e a concepção da enfermagem como disciplina e profissão.

Se tomarmos o entendimento de saúde como resultado de condições dignas de vida e trabalho, veremos que este possui dimensões físicas, mentais, sociais e políticas, portanto, discutir a saúde do idoso implica considerar os diversos contextos, na dimensão macro, ou seja, político, económico e modelo de desenvolvimento adoptado pelo governo, na dimensão intermediária, referentes às instituições de longa permanência e/ou ainda na dimensão micro, onde tem lugar o contexto familiar e individual. Assim, actuar na área da saúde da Terceira Idade e inseri-las na formação dos enfermeiros requer mais do que o conhecimento das mudanças específicas que ocorrem nesta fase das necessidades sentidas pelo idoso. Faz-se necessário estabelecer novos elos entre a saúde do idoso, a enfermagem (sua responsabilidade e inserção no sistema de saúde) e as três dimensões, destacando principalmente, o contexto sócio-económico-político no qual esta parcela da população está inserida (Priscila Soares 2008:18).

A percepção da pessoa como solidária apresenta como pressuposto principais: As pessoas são solidárias em todos os momentos; As pessoas são completas no momento; A personalidade baseia-se na solidariedade; A personalidade é favorecida pelos relacionamentos com outros solidários, A personalidade é favorecida pelos relacionamentos com outros solidários; A enfermagem é tanto disciplina como uma profissão; as pessoas são percebidas como completas e em constante crescimento em sua totalidade, solidárias e revelam possibilidade de cuidados em todos os momentos. (Lúcia Silva, Sílvia e Regina 2008:299)

Já a concepção da enfermagem como disciplina considera-a como uma unidade de ciência, arte e ética e como profissão, tem o compromisso social de comprometer-se em adquirir e usar o conhecimento e a habilidade para o bem, em resposta às necessidades das pessoas. Na perspectiva desta teoria, ser solidário significa exercer a responsabilidade nas relações, responsabilidade por si e pelo outro. Desse modo, oferecer o cuidado solidário implica na reflexão do cuidador sobre como agir com o outro e esta acção deve ser guiada pela necessidade de considerá-lo como um todo. (*ibid*)

O enfermeiro e a sua actuação junto ao idoso

Conforme a literatura, a educação em saúde é um processo de ensino-aprendizagem que visa a promoção da saúde, e o profissional dessa área é o principal mediador para que isso ocorra. Destaca-se que o mesmo é um educador preparado para propor estratégias, no intuito de oferecer caminhos que possibilitem transformações nas pessoas/comunidades. Em relação às estratégias de cuidado cabe destacar que a enfermagem, como arte, possibilita ao enfermeiro exercer suas funções com criatividade e multiplicidade de alternativas, não generalizando suas acções para uma colectividade comum, mas mantendo as peculiaridades inerentes a cada ser (Luccas de Souza, William e Maria 2007:2).

Ainda segundo os autores supracitados, a enfermagem é uma Área do conhecimento que abrange actividades como o cuidar, o gerenciar e o educar, entre outras. Nos diferentes cenários onde exerce a sua prática profissional, o horizonte da enfermagem não se restringe somente a sujeitos em situação de doença. Dentre as diversas formas de actuação do enfermeiro na sociedade moderna, a prática educativa vem despontando como principal estratégia à promoção da saúde.

Segundo Juliana Tavares (2009:3) o aumento da população idosa, o que vem ocorrendo de forma rápida e progressiva, exige que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros estejam capacitados para atender as especificidades desta etapa da vida, melhorando a assistência prestada. Porém, para que se obtenha atenção qualificada e resolutiva aos idosos, é necessária a formação de profissionais, entre estes, o enfermeiro, devidamente preparado para visualizar a tenacidade da instalação de processos patológicos nos idosos, que podem, facilmente, mudá-lo de independente para dependente. Espera-se, portanto, que a formação académica de profissionais seja baseada na perspectiva de desenvolver actividades, que não apenas informem sobre o processo de envelhecimento, mas que formem profissionais sensíveis aos limites e peculiaridades presentes nos idosos, a fim de compreender as modificações físicas, emocionais e sociais desta faixa etária.

A actuação do enfermeiro junto ao idoso centrada na educação para a saúde, no “cuidar” tendo como base o conhecimento das doenças associadas ao processo de envelhecimento e no retorno da capacidade funcional do idoso na realização das suas actividades, tem como objectivo atender às suas necessidades básicas e alcançar seu bem-estar. Na consulta de enfermagem, o enfermeiro deve avaliar o idoso como um todo e procurar obter informações para que a pessoa, após a entrevista e o exame físico, possa

estabelecer as intervenções de enfermagem em relação a prestar os cuidados que se fazem necessárias durante a consulta, ministrar as orientações indicadas para aquele momento e encaminhar para outros profissionais, quando o problema detectado não for de sua competência quanto à sua resolatividade. (Maria Barbosa, 2000: 210)

Segundo (Maria Diogo e Yeda Duarte 1999:374) o enfermeiro ao actuar na área de gerontologia deve:

- Assistir integralmente o idoso, à sua família e à comunidade na qual estiver inserido, auxiliando sua compreensão e facilitando sua adaptação às mudanças decorrentes do processo de envelhecimento;
- Desenvolver acções educativas nos níveis primários, secundário e terciário de atenção à saúde do idoso;
- Estimular a participação activa do idoso e, quando necessário, de seus familiares, em seu processo de auto-cuidado, tornando-o (s), desta forma, os princípios responsáveis pela manutenção de seu melhor nível de saúde e bem-estar;
- Maximizar suas condições de saúde;
- Minimizar as perdas e limitações desenvolvidas com o processo de envelhecimento;
- Facilitar o diagnóstico e auxiliar no tratamento das enfermidades que possam acometê-los;

Para o desenvolvimento dessas actividades, o enfermeiro e a equipe de saúde deve:

- Avaliar a saúde física, psíquica e social do idoso e de sua família, utilizando, por tanto, instrumentalização sistematizada (entrevista, exame físico, observação) e assim determinar seu grau de funcionalidade;
- Proceder à análise das informações colectadas, determinando o tipo de assistência necessária, e elaborar um plano assistencial com metas estabelecidas e prioridades assinaladas, objectivando sempre a maximização das potencialidades deste idoso e do contexto no qual está inserido;
- Assistir ao idoso e à sua família segundo o planeamento proposto, reavaliando a cada momento as intervenções estabelecidas;
- Manter o idoso e seus familiares informados sobre os diagnósticos, tratamentos e cuidados a serem realizados;

- Orientar os idosos e seus familiares sobre o processo de envelhecimento e sobre as condutas de saúde que poderiam auxiliar a melhoria de sua qualidade de vida, proporcionando-lhe um maior índice de bem-estar.

Resumindo a enfermagem é, dentre as áreas da saúde, um campo profissional que está apto a desenvolver atitudes efectivas e de impacto profundo na atenção à saúde dos idosos, relacionadas ao “assistir” ao ser humano. Este assistir envolve o homem e suas interações pessoais e ambientais, identificando problemas relativos às mesmas e estabelecendo as intervenções que se fizerem necessárias para solucionar ou amenizar estas questões. (Maria Diogo e Yeda Duarte 1999: 376). O enfermeiro nesse contexto deve prestar cuidados aos idosos de forma a contribuir para a sua qualidade de vida tanto física como psicológica, dar-lhe instruções para se cuidar de si, avaliar os sinais de solidão neste, prestar-lhe apoio ou ajudar-lhe a se inserir num sistema de apoio ao idoso.

O enfermeiro e o ensino ao prestador de cuidados aos idosos

O enfermeiro, segundo Fernanda Almeida (2011:35) deve estabelecer diálogo, atenção e acompanhamento da família, centrando os seus cuidados não só na pessoa, mas também na família. Deve considerar-se que a pessoa e a sua família constituem a unidade a cuidar, sendo a pessoa o elemento fundamental e a família o seu apoio, pois este constitui o sistema natural mais importante na vida dos indivíduos, espaço privilegiado de suprimento de necessidades, de mediação entre indivíduo e o meio.

O enfermeiro é ao mesmo tempo, executor, conselheiro, terapeuta, supervisor, pesquisador, educador do idoso e da família e, quando necessário, um grande apoio para o cuidador.

Neste sentido a organização do Hospital de São João do Porto em Portugal (2009:6), refere ser importante fornecer informação para que a família seja um agente activo do planeamento/execução das intervenções, bem como importa informar sobre redes locais de apoio, associações de ajuda, apoio social e económico, entre outros. O cuidador necessita de apoio social, decisivo para manter o idoso no domicílio, apoio emocional, para diminuir a possibilidade de ansiedade, de frustração e os sentimentos de culpa, apoio

psicológico para estabelecer uma relação de confiança e prematura, já que cuidar de idosos conduz a crises familiares e a níveis elevados de sobrecarga do cuidador.

O enfermeiro na excelência do seu exercício profissional, junto dos idosos/família/cuidador, cuida para aumentar os hábitos saudáveis, diminuir e compensar as limitações inerentes à idade, ajudar o idoso a confrontar-se com a angústia e debilidade da velhice, incluindo o processo de morte, cuidados fundamentais à qualidade de vida, ao envelhecimento activo e ganhos em saúde.

Sendo assim o enfermeiro pode atuar:

- Ajudando em cuidados para que os idosos mantenham e alcancem o seu máximo potencial,
- Trabalhando com pessoas idosas para conseguir saúde, bem-estar e qualidade de vida óptimos, sendo que tratando-se de idosos dependentes será a melhor qualidade de vida possível, de acordo com a decisão dos que recebem cuidados,
- Promovendo a saúde, promovendo programas de educação para a adopção de estilos de vida saudáveis (nomeadamente relacionados com a alimentação equilibrada, controlo do peso, exercício físico, períodos de repouso e sono, estratégias de *coping*), e identificar grupos de risco (diabéticos, hipertensos, pessoas com deficit cognitivo), estabelecendo medidas preventivas,
- Minimizando os danos, implementando programas de reabilitação física, psíquica e social, de modo a garantir ao idoso a permanência no meio em que vive, exercendo se possível, de forma independente as suas funções na sociedade.

O enfermeiro deve ter em conta que uma das razões que leva os familiares a não cuidarem bem dos seus idosos, de os institucionalizar ou muitas vezes os abandonar simplesmente deve-se ao facto de estes se encontrarem sobrecarregados, uma vez que em muitos casos os familiares passam de filhos para o papel de pais a cuidarem dos seus próprios pais.

Os principais cuidados de enfermagem a prestar ao cuidador para que este cuide e possa cuidar são:

- Informação/formação sobre os processos de envelhecimento,
- A importância de manter a comunicação com o idoso, mesmo que esta seja demasiada repetitiva,

- Adopção de um padrão de habitual de rotinas,
- A importância de um ambiente adequado, caso a caso, nem muito estimulante nem demasiado tranquilo,
- Orientação para a importância da manutenção da actividade do idoso, pela estimulação sensorial, pela deambulação e exercício,
- Orientação sobre a importância da estimulação cognitiva,
- Para a participação/envolvimento familiar no cuidado,
- Para a necessidade de vigilância de saúde,
- Para a gestão adequada da terapêutica (caso exista),
- Para a importância da manutenção dos contactos sociais,
- Identificar métodos e técnicas de ensino/aprendizagem mais adequadas às necessidades dos cuidadores,
- Proporcionar treino sobre a prestação de cuidados,
- Promover a adaptação de estratégias promotoras da autonomia e independência.

Em suma, a optimização dos cuidados de enfermagem no idoso, passa pela criação e implementação de projectos que visem a promoção da saúde, o tratamento da doença, a reabilitação/estimulação do idoso e a redução de danos no que diz respeito à comorbilidade dos cuidadores.

CAPÍTULO III

CASUÍSTICA METODOLÓGICA

EXPLICAÇÃO METODOLÓGICA

Neste capítulo será definido o método que terá como finalidade obter respostas às perguntas de investigação e às hipóteses formuladas.

Após a realização da fundamentação teórica essencial para enquadrar e contextualizar a temática em estudo, torna-se necessário abordar a fase metodológica, fase do planeamento e do método. Desta forma, a análise da metodologia adoptada na presente pesquisa compreenderá a conceptualização do estudo, a operacionalização das variáveis, as hipóteses de investigação, os instrumentos de recolha de dados utilizados, a caracterização da amostra e os procedimentos efectuados.

A investigação científica foi definida por vários autores como sendo um processo sistemático de validação de conhecimentos já estudados e de produzir novos, que sejam passíveis de ser aplicados na prática. Portanto, a investigação científica permite desenvolver, descobrir e criar conhecimentos de modo a dar respostas às questões do investigador. Desta forma, numa profissão, a investigação visa criar uma base científica, afirmando desta forma a sua credibilidade. (Hugo De Sousa, 2012:38)

Vários autores têm definido o conceito de método, mas resume-se a actividade científica, a obtenção da verdade, através da comprovação de hipóteses, que, por sua vez, são pontos entre a observação da realidade e a teoria científica, que explica a realidade. O método é o conjunto das actividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar os objectivos, conhecimentos válidos e verdadeiros, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista. (Eva Lakatos e Marina Marconi, 2001:40).

De acordo com as mesmas (2001:18) o conhecimento científico é real (factual) porque lida com a ocorrência ou factos, isto é, com toda “forma de existência que se manifesta de algum modo”. Constitui um conhecimento contingente, pois suas proposições ou hipóteses têm a sua veracidade ou falsidade conhecida através da experimentação e não pela razão, como ocorre no conhecimento filosófico. É sistemático, já que se trata de um saber ordenado logicamente, formando um sistema de ideias (teoria) e não conhecimentos dispersos e desconexos. Possui a característica da veracidade, a tal ponto que afirmações (hipóteses) que não podem ser comprovadas não pertencem ao âmbito da ciência. Constitui-se em conhecimento falível em virtude de não ser definitivo, absoluto ou final e,

por este motivo, é aproximadamente exacto: novas proposições e o desenvolvimento de técnicas podem reformular o acervo de teoria existente.

O método monográfico consiste no estudo de determinados indivíduos, profissões, condições, instituições, grupos ou comunidades, com finalidade de obter generalizações. A investigação deve examinar o tema escolhido, observando todos os factores que o influenciaram e analisando-os em todos os seus aspectos. Pode também em vez de se concentrar em um aspecto, abranger o conjunto das actividades de um grupo social. A vantagem do método consiste em respeitar a “totalidade solidária” dos grupos, ao estudar, em primeiro lugar, a vida do grupo na sua unidade concreta, evitando, portanto, a prematura dissociação dos seus elementos (*Ibid* 2001:83).

Questão de investigação

Para estar em condições de formular um problema de investigação, é imperativo escolher previamente um tema referente a uma problemática e estruturar uma questão orientadora do tipo de investigação a realizar, que lhe dará significado. Esta questão surge sob a forma de uma interrogação explícita relativa ao problema a examinar e analisar com o intuito de obter novas informações. A questão pode provir de observações, preocupações clínicas, comunitárias, sociais ou profissionais. (Claudinei Campos, 2004:17)

Assim, com a pergunta de investigação “**Como é que os idosos estão vivendo na sociedade actual**”, referida no início do trabalho, os investigadores, depois de realizada a investigação empírica, dão a conhecer os seguintes pontos de investigação:

- ❖ Como é que os idosos definem a velhice
- ❖ Como é que os idosos avaliam a sua qualidade de vida
- ❖ O que os idosos fazem para ter boa QdV
- ❖ Como é que os idosos se cuidam
- ❖ O que os idosos esperem que as instituições sociais façam pela integração e sociabilização dos idosos
- ❖ Como que os idosos se auto-definem

Conceptualização do estudo e método

Como se sabe, um mesmo fenómeno, pode ser olhado, perspectivado e interpretado sobre variadíssimas formas. Os resultados dessa observação, desse ou de qualquer estudo científico, dependerão do sujeito que o observa.

Marie Fortin (1999:22) afirma que os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações da investigação.

Trata-se de uma pesquisa social na medida em que busca respostas de um grupo social, neste caso os idosos, e tendo em atenção as características do estudo que se pretende realizar e no intuito de alcançar os objectivos definidos anteriormente a opção metodológica centrou-se numa abordagem Qualitativa, Quantitativa, Descritiva, Correlacional. A escolha desta abordagem está vinculada a alguns princípios que parecem coerentes com os objectivos de investigação, uma vez que interessa, sobretudo, a globalidade dos fenómenos e sua compreensão, isto é, o estudo de uma realidade que se pretende contextualizar.

É um estudo qualitativo na medida em que de acordo com Cláudia Dias (2000:2), os métodos qualitativos são apropriados quando o fenómeno em estudo é complexo, de natureza social. Normalmente são usados quando o entendimento do contexto social e cultural é um elemento importante para a pesquisa. Deve haver interações reais entre pessoas, e entre pessoas e sistemas.

Rosane De Carvalho (2010: 43) refere que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um universo e espaço mais profundo das relações. Permite obter dados sobre os indivíduos estudados, descrevendo a sua experiência humana tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores.

Rui Ávila (2009:80) afirma que o paradigma construtivista ou qualitativa caracteriza-se por uma tentativa de compreender o procedimento humano, os comportamentos, as experiências, e ainda quais os verdadeiros significados destes para as pessoas, sem esquecer o contexto sociocultural onde estão inseridos. A pesquisa qualitativa tem como preocupação a compreensão dos seres humanos e dos seus comportamentos, partindo do pressuposto que o conhecimento é possível através da descrição das

experiências humanas vivenciadas pelos próprios indivíduos, também produz um conhecimento cuja relevância é geral e que não seria possível por outros meios.

Tendo em conta as considerações anteriormente apresentadas, os investigadores optaram por enquadrar o estudo no paradigma construtivista, já que o prestar cuidados e receber cuidados é uma experiência pessoal, que importa compreender, tal como os idosos, os familiares e os enfermeiros o percebem, permitindo compreender a problemática em estudo e desvendar os significados atribuídos pelos intervenientes.

Este método tem por objectivo explicar a estrutura ou essências vividas de um fenómeno, na procura da unidade de um significado o qual é a identificação da essência de um fenómeno e a sua descrição rigorosa, através da experiência vivida no quotidiano.

Neste estudo a análise das entrevistas dos idosos foi feita através da abordagem qualitativa e quantitativa, já no que tange aos dos familiares e profissionais a análise centrou-se apenas na abordagem quantitativa.

A pesquisa quantitativa segundo Bárbara Wildemuth, (193:455), normalmente se mostra apropriada quando existe a possibilidade de medidas quantificáveis de variáveis e interferências a partir de amostras de uma população. Esse tipo de pesquisa usa medidas numéricas para testar construtos científicos e hipóteses, ou busca padrões numéricos relacionados a conceitos quotidianos.

Também procura as causas dos fenómenos sociais, (...) postula uma concepção orientada para os resultados. Os objectivos desse tipo de estudo consistem essencialmente em encontrar relações entre variáveis, fazer descrições recorrendo ao tratamento estatístico de dados recolhidos e testar teorias. (Carla Correia2009:49)

Trata-se de um estudo descritivo, porque com base em Fortin (2000:163), um estudo descritivo consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou conceito relativo a uma população de uma amostra desta.

Correlacional, pois segundo a mesma autora, uma vez que visa explorar e determinar a existência de relações entre as variáveis, com vista à sua descrição.

Com estas definições, juntamente também segundo as modalidades de pesquisas científicas propostas por outros autores definiu-se que estas modalidades são as que melhor se adequam a realização deste trabalho.

Identificação de variáveis

Variável é uma característica de pessoas, de objectos ou de situações estudadas numa investigação a, que se pode atribuir diversos valores. Dentro das variáveis podem ser identificadas as dependentes e as independentes. A variável independente é a que influencia a variável dependente e é a variável manipulada. Ou seja, as variáveis dependentes resultam da acção das variáveis independentes, e é a variável que interessa ao investigador. (Fortin 2000:170)

Neste estudo, define-se as seguintes variáveis:

➤ Variável independente:

- Forma como os profissionais de saúde cuidam dos idosos
- Cuidados prestados pelos familiares

➤ Variáveis dependentes:

- Qualidade de vida dos idosos
- Aspectos que dizem respeito ao cuidado de si

Hipóteses

A formulação de hipóteses é um processo essencial na elaboração de um trabalho de investigação, uma vez que todos os resultados obtidos vão depender directamente da forma como estas foram elaboradas.

De acordo com o referido e atendendo ao problema de investigação e objectivos definidos, foram formuladas as seguintes hipóteses:

- Há uma relação negativa entre a falta de apoio familiar e má qualidade de vida dos idosos,
- Os idosos estão cada vez mais sós, levando uma vida sedentária contribuindo para uma má qualidade de vida destes,
- Vários idosos passam a maior parte do tempo sozinhos, pois os familiares ou necessitam de sair para trabalhar ou os primeiros vivem sozinhos nos seus lares,
- Os profissionais de saúde atendem aos cuidados em relação as patologias apresentadas pelos idosos e não avaliam outras vertentes como a sociabilização ou

mesmo aspectos que conduzem a conclusão de que vários idosos vivem na solidão, mesmo tendo familiares,

- Apesar dos cuidados prestados aos idosos pelas instituições sociais no que concerne a habitação e alimentação, estes anseiam por programas que envolvam idosos para a convivência com pessoas da mesma idade.

Amostra

No âmbito da investigação, os trabalhos de pesquisa, por vezes, abrangem um universo de elementos tão grande que se torna impossível considerá-los na sua totalidade. Por essa razão, é muito frequente trabalhar com uma amostra, ou seja, uma pequena parte dos elementos que compõem o universo.

Uma população ou universo pode ser amplamente definida, envolvendo milhares ou milhões de elementos, ou, por outro lado, ser bastante específica, incluindo somente algumas dezenas, embora o que realmente a defina, resida no facto de essa colecção de elementos ou sujeitos, partilhar características comuns, definidas por um conjunto de critérios (Fortin, 2000:155).

Uma amostra é uma porção da população total sobre a qual é exercido o estudo. Esta forma deve ser representativa desta população, de modo a que os resultados possam ser generalizáveis à população total. (*Ibid*)

A necessidade de definir uma amostra, ou seja, (...) um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população, tem a ver segundo Fortin (2000:157) com o facto de muitas vezes ser difícil, por razões várias, nomeadamente de tempo ou económicas, estender o estudo a todo universo, e, como refere Manuela Hill e Andrew Hill (2002:44) que é melhor fazer uma boa investigação de âmbito limitado do que uma investigação fraca de grande escala.

A população-alvo é aquela que o investigador pretende estudar e generalizar os resultados do estudo. Assim para o estudo em questão, foi escolhido no universo dos idosos residentes na zona de Monte Sossego, uma amostra de dez idosos e dez familiares respectivos e quatro profissionais da área da saúde.

Utilizou-se o método de amostragem aleatória intencional, já que com a facilidade de acesso aos sujeitos se considerou que os mesmos possuíam características típicas ou representativas da população em estudo. Os idosos representantes da amostra, têm idade

entre os 72 anos aos 82 anos de idade, não trabalham e foram capazes de responder coerentemente às questões, ou seja, não apresentavam diminuição cognitiva.

Os familiares têm entre 18 e 57 anos de idade, mas nem todos vivem com o respectivo idoso. Foram contactados pelos próprios idosos e informados sobre o trabalho na qual participaram.

Os profissionais de trabalho no CSMS, têm entre 23 e 40 anos de idade e de 2 a 48 anos de experiência como enfermeiras.

Técnica de recolha de dados

Para se conseguir atingir os objectivos propostos e chegar a conclusões relativas ao estudo em causa, foi necessária a elaboração de um instrumento de recolha de dados que permitisse recolher ou reunir concretamente as informações. Para tal optou-se por fazer uma entrevista aos investigados, pois de acordo com (Claudinei Campos 2004:613), dado que o instrumento de recolha de dados e a colheita de dados propriamente dita constitui, por excelência a ponte entre a construção do modelo de análise e a análise das informações, a sua elaboração deve ser uma preocupação constante para o investigador. A sua adopção e adequação a certos objectos de análise torna-se fundamental para a validade do estudo.

Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados, como etapa fundamental de um trabalho de investigação, requer a elaboração de um instrumento apropriado que vá de encontro aos objectivos inicialmente traçados e às características da população. Neste estudo o instrumento utilizado para a coleta de informações centrou-se numa entrevista semi-estruturada com perguntas sugeridas e desenvolvidas pelos pesquisadores. Para os métodos de entrevista, de acordo com Raymond Quivi e Luc Compenhoudt, (2008:22) distinguem-se pela aplicação dos processos fundamentais de comunicação e de interação humana. Corretamente valorizados, permitem retirar das entrevistas informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados. Caracterizam-se por um contato direto entre o investigador e os seus interlocutores, e por uma fraca diretividade por parte daquele que é entrevistado. O

conteúdo da entrevista será o objeto de uma análise de conteúdo sistemática, destinada a testar as hipóteses de trabalho.

Incluiu-se no instrumento de recolha de dados dos idosos um campo preenchido pelo investigador, onde se poderia registar o sexo, a idade, número de pessoas residentes em casa do idoso e número de filhos. Na direcção aos familiares inclui-se idade, número de filhos e escolaridade. Na direcção aos profissionais de saúde, incluiu-se idade e anos de experiência.

No entanto, a entrevista elaborada aos idosos foi constituída, na sua maioria, por perguntas de avaliação da sua opinião, uma vez que as respostas a serem obtidas nesse tipo de entrevista parecem capazes de facilitar a compreensão dos processos internos dos idosos. A entrevista direccionada aos familiares, foi elaborada com perguntas que permitissem aos investigadores avaliar a disponibilidade e acções apresentadas por estes para contribuírem para a qualidade de vida dos idosos, o tempo disponibilizado ao cuidado do seu familiar idoso e para os profissionais de saúde foram elaboradas questões que nos permitem avaliar de que forma os enfermeiros cuidam dos idosos e até que ponto contribuem para uma boa qualidade de vida deste.

Procedimentos na recolha de dados e aspectos éticos

Na elaboração de qualquer trabalho de investigação, não se podem descurar os aspetos éticos, relacionados com o investigador e com o investigado. Perante isto, falou-se com vinte idosos da zona de Monte Sossego, entre os quais foram seleccionados dez. A selecção foi baseada na disponibilidade destes e de seus familiares, a existência de idosos, os quais se poderia entrar em contacto com os familiares e também os quais não apresentavam nenhum distúrbio ou problema que perturbasse a comunicação entre o investigado e o investigador. Todos os profissionais de saúde do centro da zona em questão foram informados e comunicados a cerca do trabalho a ser desenvolvido e concordaram em participar.

No seguimento destes contactos foi efectuado o pedido de autorização formal para a aplicação da entrevista aos profissionais de saúde, mas no que concerne aos idosos e aos familiares não houve tal necessidade uma vez que estes foram contactados nas suas próprias casas. Mas tanto os idosos, os familiares e os enfermeiros a participarem da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de forma a assegurar

o anonimato das informações contidas nas entrevistas, demonstrando seriedade do trabalho, pois de facto e conforme afirma Fortin, Marie-Fabienne (2000: 120), um consentimento para ser legal, deve ser obtido de forma livre, sem que nenhuma ameaça, promessa ou pressão seja exercida sobre a pessoa quando esteja na plena posse das suas faculdades mentais. Para que o consentimento seja esclarecido, a lei estabelece o dever de informação.

A recolha de dados foi feita pelos próprios investigadores, com o intuito de padronizar o procedimento da realização da entrevista e dar instruções precisas aos investigados, de forma a minimizar o aparecimento de erros interpretativos. Aquando da aplicação do instrumento de recolha de dados foi garantido o anonimato e incluiu-se uma nota introdutória na entrevista com o propósito de apresentar os investigadores e a universidade que frequentam e transmitindo o pretendido com o estudo.

Ou seja, foi feito um planeamento rigoroso e objectivo da investigação que se pretendeu realizar, com o intuito de otimizar os resultados do estudo e de garantir o carácter científico do mesmo. Dito isto, de seguida proceder-se-á à apresentação e análise dos resultados, tendo sempre por base os pressupostos metodológicos aqui explorados.

Conforme Trentini e Paim (2004:108) a sistematização de dados obtidos na própria prática assistencial e a intencionalidade de desenvolver a investigação científica em meio à assistência de enfermagem impõe a construção de uma ética que lhes é apropriada e que requer postura da equipe de pesquisa, no andamento das etapas da investigação.

Procedimento no tratamento e análise de dados

A análise de dados inicia-se com a transcrição das entrevistas e tem por objectivo, (...) impor alguma ordem sobre um corpo grande de informação, de modo que possam ser tiradas algumas conclusões gerais e comunicadas através de um relatório. A análise de dados em investigação qualitativa tem seu início quando a colheita de dados começa, pois à medida que os dados são recolhidos vão sendo revistos, com o intuito de se identificar a necessidade de novas entrevistas. (Rui Ávila, 2009:86)

Os dados foram introduzidos no programa SPSS versão 17,0.

Os discursos foram analisados de acordo com a técnica do “Discurso do Sujeito Colectivo”, indicada por Lefèvre & Lefèvre (2003:15).

A técnica denominada “Discurso do Sujeito Colectivo” (DSC), desenvolvida pelo autor acima mencionado, tem como proposta “ organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, cartas, *papers*, revistas especializadas.”

Na sua essência, a técnica incide em analisar as informações verbais colectadas, extraíndo-se as ideias centrais e/ou ancoragens e suas correspondentes expressões - chave; são compostos por um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular, por meio das expressões – chave das ideias centrais ou ancoragens.

Os autores outrora citados (2003:16) referem que “O Sujeito Colectivo se expressa através de um discurso no que se poderia chamar de *primeira pessoa (colectiva) do singular*. Trata-se de um *eu* sintáctico que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso expressa uma referência colectiva na medida em que esse *eu* fala pela ou em nome de uma colectividade. Esse discurso colectivo expressa um sujeito colectivo, que vializa um pensamento social.”

Para ajudar numa melhor análise do conteúdo das respostas de uma entrevista a que se procede a um estudo qualitativo, Lefèvre & Lefèvre (2003:44) determinam ser fundamental apresentar os seguintes conceitos:

- Expressões – chave são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que devem ser sublinhadas, e que revelam a essência do depoimento ou, mais precisamente do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento. É com matéria - prima das EC que se constroem os DSCs.
- Ideias - centrais é um nome ou expressões linguísticas que revela e descreve, de maneira mais sintáctica, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogéneo de ECH.
- Ancoragem, são algumas expressões – chave que remetem não a uma ideia central correspondente, mas a uma figura metodológica que, sob a inspiração da teoria da representação social, denomina-se ancoragem.
- O DSC é um discurso redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas expressões – chave que têm a mesma ideia central ou ancoragem.

Para a tabulação dos dados, primeiramente, foi feita a análise isolada de todas as questões de todos os sujeitos entrevistados. Dessa maneira, o primeiro passo consistiu em copiar integralmente o conteúdo de todas as respostas referentes a uma determinada questão. Em seguida, identificou-se e destacou-se em cada uma das respostas as expressões

– chave das ideias centrais dos discursos. O passo seguinte consistiu em identificar as ideias centrais a partir de expressões – chave encontradas. Posteriormente, foi identificada e agrupada as ideias de mesmo sentido ou de sentido complementar.

A partir de então, foi criada uma ideia central que expressava todas as ideias do mesmo sentido e, por fim foi realizada a construção do DSC.

Resultados e Discussão

Através dos dados colhidos, na entrevista, chega-se assim a caracterização da amostra e apresentação dos resultados.

A apresentação será feita através Tabelas, Gráficos e Quadros, devidamente identificados, apresentados posteriormente à análise dos dados constantes da tabela/Gráfico correspondente. A utilização de tabelas e gráficos visa uma mais fácil compreensão dos dados apresentados.

Há também uma apresentação dos DSC, mas a não há apresentação das ideias ou expressões chaves proferidas pelos idosos.

Neste item são apresentados dados relativos aos idosos participantes do estudo, suas características individuais e os resultados das análises das informações.

Os resultados dos estudos feitos com os profissionais e familiares são apresentados nos anexos.

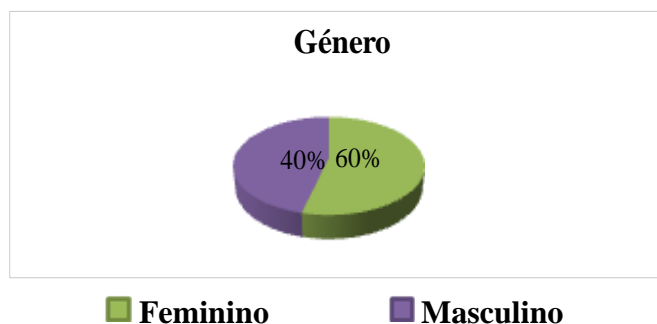
Características sociodemográficas

1. Perfil dos participantes do estudo

O perfil dos idosos foi construído por meio da entrevista e informações advindas dos próprios participantes da pesquisa.

Relativamente ao género, 60% dos entrevistados são do sexo feminino e 40% do sexo masculino. O número mais elevado de idosos do sexo feminino constitui-se apenas uma coincidência, não significando que os investigadores tenham optado por entrevistar maior número de senhoras em detrimento dos senhores. (Figura 1)

Fig.1: Representação gráfica segundo o género



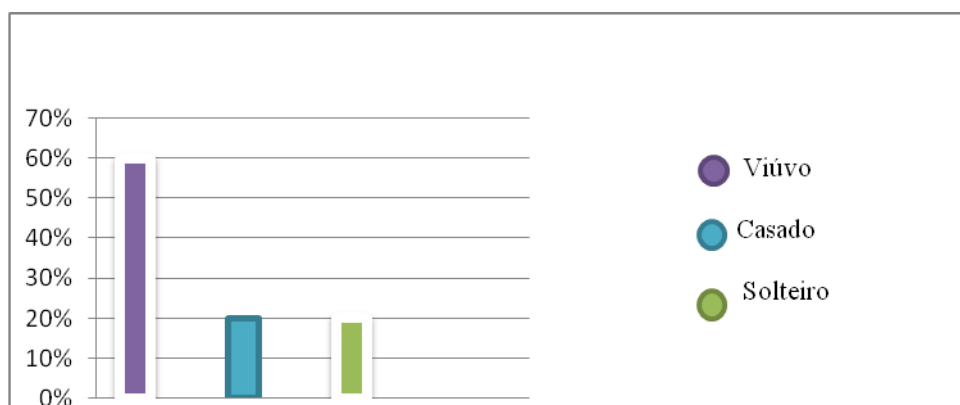
A idade dos participantes da pesquisa variou entre os 74 e 92 anos de idade, sendo que os idosos entre 80 e 89 anos de idade representaram maior percentual. Verificou-se que 50% da amostra apresenta-se entre os 80 e 89 anos de idade, 40% entre os 70 e 79 anos e 10% entre o 90 e 99 anos de idade.

Tab.1: Distribuição segundo idade

Faixa Etária	N	%
70 -79	4	40
80-89	5	50
90-99	1	10

No que diz respeito ao estado civil, verificou-se que dos indivíduos entrevistados 60% é viúvo, 20% casado e 20% é solteiro. (Fig.2)

Fig.2: Representação gráfica da distribuição segundo o estado civil



No que concerne ao número de filhos, verificou-se que 20% dos entrevistados tem 3 (três) filhos, 20% tem 2 (dois), 20% tem 1 (um), 10% tem 9 (nove), 10% tem 6 (seis), 10% tem 5 (cinco) e 10% tem 4 (quatro). (Tab.2)

Tab.2: Representação segundo o número de filhos

Idoso	Número de filhos	%
6	Até 3	60
2	Mais de 3 até 5	20
2	Mais de 5	20

Verificou-se ainda que, 30 % dos idosos entrevistados vive com pelo menos um filho e que 70% só os vê quando estes os visitam, pois não vivem por perto.

Tab.3:Distribuição segundo a proximidade habitacional dos filhos

Categoria	Número de idosos	%
Idosos que só vêm os filhos quando estes visitam vivem	7	70
Idosos que vivem com pelo menos um filho	3	30

Dos 100% dos idosos entrevistados 60% vive com apenas uma pessoa, sendo um filho, neto, ou cônjuge e um dos idosos vive com a filha do afilhado, e os 40 % vive acompanhado por pelo menos duas pessoas, sendo neto, bisneto, filhos e cônjuge. (Tab.4)

Tab.4: Distribuição segundo o número de pessoas que vivem com o idoso

Categoria	Número de idoso	%
Idosos que vivem acompanhados por uma pessoa	6	60
Idosos que vivem com pelo menos duas pessoas	4	40

Dos idosos entrevistados 30% refere ter como fonte de rendimento algum dinheiro que recebe de aluguer propriedades, 30% é pensionista e 20% recebe uma reforma e 20% depende de familiares.

Tab.5: Distribuição segundo a fonte de rendimento

Categoria	Número de idosos	%
Alugar de propriedades	3	30
Pensionista	3	30
Reforma	2	20
Apoio familiar	2	20

Análise e interpretação do Discurso do Sujeito Colectivo

Nesta etapa, são analisados os discursos colhidos durante as entrevistas individuais realizadas com os idosos, de modo a formar o Discurso do Sujeito colectivo (DSC), proposto por Lefèvre & Lefèvre anteriormente citado.

1. Envelhecimento na actualidade - perspectiva dos idosos

Relativamente as respostas da questão sobre o significado do envelhecimento para o idoso, foi retirado duas ideias chaves, cujas expressões chaves foram agrupadas em duas categorias, segundo suas semelhanças e complementaridades. São elas a categoria **A** e **B** sendo que na **A**, apareceu a ideia central do envelhecimento como sendo algo vivido de forma muito má na actualidade e na categoria **B** designado como algo bom. 80 % dos entrevistados acha que a velhice não está sendo nada bom e 20 % acha que está sendo bem vivida e é apenas mais uma etapa da vida.

Categoria A: O envelhecimento está sendo vivido de forma muito má na actualidade

O discurso proferido pelos idosos denota o envelhecimento como sendo um processo depreciativo. Afirmam que na idade da velhice há grande diminuição da capacidade física e mental e adicionando o aparecimento das várias doenças se torna cada vez mais acentuados os sinais de envelhecimento. A diminuição de actividade, a perda de forças, movimentos e memória são os grandes problemas referidos pelos idosos, sendo que estes referenciam apenas aspectos negativos do envelhecimento. É um processo que para muitos é vivido sem respeito por parte dos mais jovens, o que os deixa muito tristes uma vez que antigamente os idosos eram considerados detentores de sabedoria, conseguiam

fazer as suas coisas sozinhos e trabalhavam de modo se a sustentarem, pois na actualidade muitos dependem de terceiros para sobreviver.

O envelhecimento, enquanto fenómeno biológico, apresenta-se em cada ser humano idoso de um modo singular. Se quantificar-mos o envelhecimento através dos decréscimos da capacidade de cada órgão, a velhice poderia ser interpretada como uma etapa de falência e incapacidades na vida, de acordo com Josiane Marttins (2009:255).

A situação de distanciamento do mundo do trabalho, por causa da diminuição da condição física e de saúde, leva os idosos a se aposentarem, mas estes em seus discursos mostram que querem ser activos apesar da idade, pois não gostam de ser dependentes de outras pessoas. Sendo assim mostram-se tristes ao falar sobre o processo de envelhecimento, pois de acordo com Tatiane Kuznier (2007:144), o ambiente de trabalho foi, por muito tempo para o idoso, um referencial de vida no qual relações pessoais foram estabelecidas e conhecimentos foram adquiridos, além de ter passado grande parte da sua vida em constante relação com o meio social do trabalho e, assim construiu, a sua identidade de sujeito associada à criatividade e à produtividade.

Categoria B: O envelhecimento é mais uma etapa da vida e está sendo bem vivida

Ao processarem seus discursos, os idosos classificam o envelhecer como sendo um processo natural, conotada por experiência e sabedoria, uma etapa que deveria ser encarada de forma natural, de forma a que as pessoas pudessem saber envelhecer, compreender e encarar o envelhecimento, visto que está inerente a qualquer ser humano que chegue a esta fase de vida. Ao citar Josina Martins (2009:255), sabe-se que enquanto processo natural e previsto na evolução dos seres vivos, percebe-se que a pessoa não fica incapacitada porque envelhece. Ou seja, a pessoa não necessita da totalidade de sua reserva funcional para viver bem e com qualidade.

Para os idosos enquadrados nesta categoria o envelhecimento pode ser considerado uma fase de superação de obstáculos e momentos difíceis, pois as barreiras não os fazem desistir, visto que as circunstâncias complexas aparecerem na vida de todo o ser humano e necessitam de ser enfrentadas.

2. Diferença entre os idosos da actualidade dos de antigamente

60% dos refere que o que difere o idosos de antigamente do da actualidade é a QdV, respeito e valorização da sabedoria do idoso (**Categoria A**), 40% refere ser o apoio familiar (**Categoria B**) que diferenciam os idosos da actualidade dos de antigamente.

Categoria A: Qualidade de vida, Respeito e valorização da sabedoria do idoso

Para a maioria dos idosos enquadrados na categoria **A** que o que difere o idoso de antigamente do de actualmente é a Qualidade de vida, pois antigamente, embora com os poucos e fracos recursos existentes, a falta de tecnologia no país e o desconhecimento sobre o tratamento de várias doenças, o cuidado que se tinha com os idosos era de grande valor e importância. Os alimentos que se consumia eram tratados de outra forma, os idosos poderiam executar várias tarefas no seu dia-a-dia, contribuindo para que pudessem estar em constante movimento.

Os idosos referem que hoje em dia os jovens já não respeitam e nem dão valor aos idosos. Os filhos que outrora foram cuidados pelos pais hoje além de não estarem muito presentes na vida destes, de os verem muito poucos não deixem que estes sejam os detentores das suas decisões, pois justificam-se afirmando que os pais já não estão em condições de pensarem por si e que já não são capazes de determinar o que é bom ou mau para as suas vidas.

Partimos do princípio que todo ser humano tem sua cultura e a promove na medida em que se comunica com o outro. O idoso é visto na sociedade actual sendo tratado com indiferença, acaba por reduzir ainda mais a sua já abalada auto-estima, contribuindo, portanto para a sua própria exclusão. Na antiguidade, a cultura de um povo era transmitida de pai para filho, de geração para geração, apenas por meio da oralidade, se a memória humana conservava as histórias, as crenças, os costumes das pessoas, de indivíduos que viveram, participaram dessa esfera cultural e outros factos relatados por seus antepassados. (Rosalina Rodrigues et al, 2007: 539)

Categoria B: Apoio familiar

Os idosos referem que antigamente os idosos eram considerados o centro da família, pessoas detentoras de saber e com o direito de proferir a “última palavra”.

Os papéis dentro da família foram-se modificando devido a complexidade de situações criadas por factores socioculturais e económicos que afectaram directamente a dinâmica familiar.

Hoje em dia cada membro da família se interessa apenas por aquilo que o traz benefícios, deixando os idosos ao cuidado de si mesmos, sem apoio dos outros membros da família, mesmo que estejam em frequente contacto. Outras vezes esses são mal tratados vivendo em silêncio o sofrimento que pode durar anos. Lizete Rodrigues e Geraldo Soares (2006:16) apoiam essas observações ao dizer que o facto de morarem com familiares não é garantia da presença de prestígio e do respeito nem da ausência de maus tratos aos idosos.

A falta de apoio por parte dos familiares pode levar o idoso a um afastamento do seu ambiente, a um prejuízo pessoal e social, levando-o muitas vezes ao auto-abandono, perda de auto-estima e seu isolamento da sociedade e até mesmo viver longos períodos de solidão.

3. Como o idoso vive o seu dia-a-dia

Na categoria **A** encontram-se incluído 70% dos idosos, estes responderam que passam a maior parte do tempo vendo televisão ou ouvindo rádio e 30% refere que conversa com familiares ou amigos na maior parte do tempo, incluídos na categoria **B**.

Categoria A: Idosos que passam a maior parte do tempo vendo televisão ou ouvindo rádio

Mesmo vivendo com familiares, esses idosos sentem-se sós, não desenvolvem e nem praticam nenhuma actividade, pois a maior parte vezes, na impossibilidade que estes têm de fazer deslocações sozinhos ficam na dependência de familiares, levando-os muitas vezes ao confinamento do lar e restringidos de conviver com outras pessoas.

A falta de convivência com outras pessoas leva o idoso a isolar-se, levando-o a um decréscimo das suas capacidades mentais. Sabe-se que quando sozinhos os idosos têm grande probabilidade de se tornarem pessoas solitárias, podendo muitas vezes desenvolver sintomatologia depressiva, sem contudo ser específica deste grupo etário, parecendo a ocorrência da mesma estar relacionada com factores como o luto e a percepção de preocupação por parte dos familiares e amigos e não com a idade enquanto factor isolado.

É assim que Rachel Carneiro et al (2007:2), apresenta a sua contribuição ao referir que há uma relação entre o aumento da qualidade de vida e da longevidade em idosos que

apresentam vida social intensa. Além disso, há uma relação directa entre relacionamentos sociais, qualidade de vida e capacidade funcional com a depressão.

Neste caso há que referir o argumento a favor da ideia de que as relações sociais podem, de várias formas, promover melhores condições de saúde, visto que os entrevistados que percebem maior preocupação e relacionamento com familiares e amigos apresentam menos sentimentos que remetem para solidão e sentem-se mais úteis no seio da sua sociedade.

As pessoas casadas, que vivem e convivem com seus cônjuges, familiares ou amigos apresentam melhor saúde, pois o suporte emocional representa a necessidade substancial menos alcançada que os idosos não casados sem filhos ou amigos, representando assim uma ameaça a qualidade de vida destes.

Categoria B: Idosos que passam a maior parte do tempo com familiares ou amigos

Os idosos que referiram passar a maior parte do tempo conversando com amigos e familiares apresentam maior capacidade em termos físicos, falam da vida e do envelhecimento, atribuindo maior e melhores características positivas, além de mostrarem ter maior satisfação com a vida, pois o apoio social neste caso refere-se às funções desempenhadas por grupos (idosos) ou pessoas significativas, sejam elas familiares, amigos ou vizinhos, para o indivíduo, em determinadas situações da sua vida, revestindo-se este de um carácter subjectivo e individual, uma vez que depende da percepção pessoal de cada indivíduo.

Os indivíduos idosos que dizem relacionarem e conviverem com os familiares e amigos sentem-se estimados, e traduz-se pelo sentimento de que se vivem num bom ambiente, de que os outros se interessam por eles, e que estão disponíveis quando eles precisam, o que leva a satisfação quanto às relações.

O apoio social consiste, segundo Márcia Fontinha (2010:30), no suporte acessível ao indivíduo através dos laços sociais com outros indivíduos, grupos e comunidade, levando-o a acreditar que é considerado amado e que as pessoas se preocupam com ele, que é estimado e valorizado, tendo a noção de que pertence a um sistema de comunicação e de obrigações mútuas.

4. Qualidade de vida na perspectiva do idosos

Na avaliação da QV do idoso é importante ressaltar a complexidade da tarefa e a adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sociocultural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice como longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, entre outras características.

A qualidade de vida vem se tornando um conceito amplamente difundido em diversas áreas, principalmente no meio acadêmico, por meio de estudos relacionados à saúde.

Neste estudo 60% dos idosos entrevistados referem que ter qualidade de vida é ter saúde, 40% refere que é estar perto dos familiares.

Na categoria **A**, encontram-se enquadrados os idosos que referem que QdV é ter saúde, na **B** os que dizem ser estar perto dos familiares.

Categoria A: Qualidade de Vida é ter saúde

Os idosos enquadrados nesta categoria acreditam que ter qualidade de vida é ter saúde, uma vez que só tendo saúde se pode alcançar outros aspectos fundamentais para que se viva com qualidade. Estes referem que infelizmente não se encontram em bom estado de saúde, portanto não têm qualidade de vida. Apesar de terem outros elementos importantes para que se viva bem, como por exemplo dinheiro para satisfazer algumas das suas necessidades, têm a família por perto, apesar de irem à igreja e de terem condições favoráveis para que não vivam uma vida com dificuldades, têm doenças tais como HTA, DM, Problemas de vascularização periférica, entre outros, consideram-se pessoas não saudáveis.

Neste sentido o idoso acha que incomoda os familiares e que os problemas que ocorrem no seio da sua família são devido as patologias apresentados pelos idosos. Acreditam que os seus familiares, apesar de saírem para trabalhar e realizar afazeres de grande importância, não se divertem, não se relacionam com outras pessoas, devido a atenção que devem dar ao idoso doente e a necessidade de uma presença constante.

Referem que não só devido as doenças por eles desenvolvidas, mas também devido as alterações normais decorrente do processo de envelhecimento se tornam indivíduos cada vez mais dependentes, achando que por vezes podem ser um fardo para os seus cuidadores.

Através de expressões tais como “eu vou vivendo até que deus quiser”, “eu sou uma pessoa que vive á espera do dia da morte”, “eu não vivo, sobrevivo” “eu quase não vejo outras pessoas”, levaram os investigadores a crer que alguns desses idosos possam estar a passar por um período de solidão, embora não se tenha aplicado uma escala específica para fazer tal avaliar.

Luís Jacob, (2007:3) complementa o acima referido ao dizer que com o declínio das suas capacidades, principalmente a nível físico, e também devido ao impacto do envelhecimento, o idoso vai alternando os seus hábitos e rotinas diárias, substituindo-as por ocupações e actividades que exijam um menor grau de actividade. Esta diminuição da actividade, ou mesmo inactividade, pode acarretar sérias consequências, tais como redução da capacidade de concentração, coordenação e reacção, que por sua vez levam ao surgimento de processos de auto-desvalorização, diminuição da auto-estima, apatia, desmotivação, solidão, isolamento social e depressão.

Categoria B: Qualidade de vida é estar perto dos familiares

Os idosos enquadrados nesta categoria definiram que estar perto dos familiares os ajuda a ter boa qualidade de vida, pois na sua perspectiva estes não só os conhecem melhor como também assistiram o idoso durante o seu processo de envelhecimento desde o princípio, dando-lhes a oportunidade de romper com os aspectos negativos que se atribui ao envelhecimento e estabelecer com o idoso uma relação que lhes permite valorizar e reconhece-los como seres dotados de experiência e sabedoria, necessitando de apoio dos seus familiares.

As acções de cuidados de saúde desenvolvidas por parte dos familiares de idosos, ajuda-os a superar as incapacidades desenvolvidas pelos idosos na fase da velhice, pois embora utilizando práticas leigas no que diz respeito ao cuidado de saúde do idoso representam a fonte de força e cuidado do familiar idoso.

Entretanto referem que apesar desse cuidado e atenção prestados pelos familiares, estes necessitam de formações no que toca ao ensino de prestação de cuidados aos idosos doentes, pois muitas vezes surge a necessidade de conhecerem concretamente quais os cuidados ou como se deve prestar cuidados aos idosos uma vez que esta se define como sendo uma etapa com suas peculiaridades e envolve várias vertentes, pois segundo nos refere Maria Barbosa (2000:3), dentro da atenção básica, a relação familiar e idoso, as acções feitas por estes e o ambiente que se vive no lar possuem características próprias que

contribui ou não para a saúde e boa qualidade devida dos idosos. A perspectiva da relação se sustenta na escuta, responsabilidade, demonstração de afecto e prestação de cuidado por parte dos familiares, que favorecem a formação de vínculos cada vez mais fortes que favorecem uma relação de confiança e de amizade entre o idoso e seu familiar.

De acordo com os relatos, observa-se uma relação de apoio emocional e empenho dos familiares, embora numa pequena escala, colaborando com a cidadania e direitos dos seus familiares idosos contribuindo assim para que estes tenham uma boa qualidade de vida.

5. O que o idoso faz para ter boa QV

Dos idosos entrevistados 70% refere não fazer nada para que tenha boa qualidade, embora tenham consciência de quais são os factores que contribuem para que se tenha QdV, mas estes referem que tudo depende de Deus e que vivem conforme ele escreve, estes foram enquadrados na categoria **A**, já os restantes formam enquadrados na categoria **B** classificados como idosos que cuidam da saúde para que possam ter boa QdV, formando assim 30% dos entrevistados.

Categoria A: Idosos que não fazem nada para que tenham boa QdV

Estes idosos referem que na idade da velhice pouco mais há que fazer para que se viva bem, pois a idade não perdoa e o que tiver que ser será, pois assim determina Deus. Apesar de terem referido ter uma boa alimentação, evitar o sedentarismo e procurar os serviços de saúde para cuidar da saúde, não consideram que estes são acções que fazem para ter boa QdV, mas sim para sobreviverem.

Nesta fase de vida, ao citar Adriana Gambôa, (2006:8) pode-se dizer que a promoção de boa qualidade de vida é um empreendimento de carácter sócio-cultural, ultrapassando os limites da responsabilidade pessoal. Qualidade de vida depende, portanto, não apenas do indivíduo, mas de sua interacção com os outros e com a sociedade. Mostra que há uma multiplicidade de critérios e de indicadores, cada um influenciando de maneira diferente a vida das pessoas, com impacto desigual sobre o bem-estar subjectivo, pois uma velhice satisfatória é largamente mediada pela subjectividade e referenciada ao sistema de valores que vigora num período histórico determinado, para uma dada unidade sócio-cultural.

Estes idosos referem não receber nenhum tipo de ajuda de terceiros e que portanto, não podem estar em condições de cuidar de suas vidas na totalidade e que o distanciamento cada vez mais acentuado da maioria dos familiares, não contribui para estes tenham vontade, ou necessitem de lutar para que vivam uma velhice de qualidade.

Categoria B: Idosos que cuidam da saúde para que tenham boa QV

Adriana Gambôa, (2006:5) diz que coloca-se, a questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, de que a prática de actividade física moderada e regular, uma alimentação saudável, o não fumar, o consumo moderado de álcool, a promoção dos factores de segurança e a manutenção da participação social são aspectos indissociáveis. Do mesmo modo, importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de acções cada vez mais próximas dos cidadãos.

Enquadrados nesta categoria, os idosos afirmem que se chegaram até a idade presente foi porque Deus assim o quis e que então farão de tudo para que esta idade seja vivida de melhor forma. As tarefas a que se dedicam para cuidar da saúde e ter uma vida saudável, são realizadas sem uma orientação adequada, mas não alteram suas rotinas e nem dispensam o tempo disponibilizado para os seus cuidados, pois acreditam que as suas acções têm impactos positivos nas suas vidas. Considera-se assim que nestas circunstâncias de auto-cuidado os próprios idosos consideram que têm uma boa QdV. Sempre que necessário recorrem aos serviços de saúde, alimentam-se bem, conversam com os familiares, tomem seus medicamentos á hora e ao contrário dos idosos inseridos na da categoria A acreditam na existência de um ser superior, mas que são eles os responsáveis pelas suas vidas enquanto viverem.

6. Doenças com maior incidência e prevalência na velhice

100% dos idosos respondeu ser Hipertenso, sendo que deste 10% tem cardiopatia e problemas renais, 10% tem dores crónicas no membro inferior direito e problemas de vascularização periférica, 10% apresenta problemas de visão e de audição, 10% apresenta hipocalcemia e hipercolesterolemia, 10% sofre de hipercolesterolemia e problemas na locomoção, 10% apresenta cardiopatia e problemas renais, 10% apresenta anemia, 10%

apresenta sequelas de uma trombose, 10% sofre de diabetes melitus e apenas 20% sofre apenas de HTA.

Observa-se neste contexto que, por meio de expressões chaves e ideias centrais de que para os idosos a doença é a pior coisa que existe, pois atrasa a vida, tira o ânimo das pessoas e as deixa mesmo muito incapacitadas.

De acordo com os idosos, a doença é vista como um incômodo, um “atraso”, para a vida na medida em que os prejudicam em várias esferas. A doença prejudica o trabalho, impossibilita situações de lazer para quem as tem, obrigando muitas vezes o idoso a mudar seu comportamento contra a sua vontade.

O modo como estes percebem a doença, depende, dentre outros factores, do tipo de relacionamento que estabelecem com a doença, bem como o conhecimento que possuem a despeito da patologia que os acomete, e/ou, o significado que atribuem à própria doença abarca vários aspectos da vida pessoal do indivíduo.

O discurso das concepções e representações de causas de doenças envolve normalmente a ligação que se estabelece entre a pessoa e a doença, sendo a última vivida como experiência física e subjectiva, envolvida em sentimentos que orientam os indivíduos em suas buscas pelos significados. A doença significa um dano à totalidade da existência do ser, pois segundo Boff (1999:65), “não é o meu joelho que dói. Sou eu, em minha totalidade existencial, que sofro”. Portanto, nos idosos, não é parte também que está doente, mas é a vida que adocece em suas várias dimensões: em relação a si mesmo (experimenta os limites da vida mortal), em relação com a sociedade (se isola, deixa de trabalhar e tem que se tratar num centro de saúde), em relação com o sentido global da vida (crise na confiança fundamental da vida que se pergunta porque exactamente ficaram doentes).

7. Frequência com que os idosos procuram os serviços de saúde

40% dos idosos diz procurar os serviços de saúde de três em três meses, 30% de dois em dois meses, 20% mensalmente, 10% respondeu não ir às consultas há dois anos.

Considerando como uma epidemia mundial, as doenças crônicas como a DM e HTA têm cada vez maior incidência, com uma estimativa de alcance de cifras muito elevadas mundialmente. Atingem, principalmente pessoas concentradas na faixa etária entre os 45 aos 64 anos de idade, mas também têm uma taxa de incidência significativa entre os adultos mais jovens. Além do impacto económico que estas doenças trazem,

juntamente com o seu aspecto crónico favorece o surgimento de complicações importantes que muito influenciam no declínio da capacidade funcional individual. Neste sentido, pode-se citar como exemplos, as complicações macro vasculares, a doença vascular periférica, doença arterial coronária e doença cerebrovascular, retinopatias, nefropatias e neuropatias. (Jacy Sousa: 2007:28).

Procuram os serviços para fazer o controlo das suas doenças, neste sentido e visto que o conceito de capacidade funcional refere-se à capacidade de se manter habilmente capaz, física e mentalmente, no desenvolvimento de uma vida independente e autónoma, esta população procura os serviços de saúde no sentido de manter esta capacidade de se cuidar e manter a saúde, estes considerados pontos importantes para uma vida com qualidade.

7. Contribuição dos profissionais de saúde para uma boa QdV para os idosos

Dos idosos entrevistados 40% respondeu que os profissionais contribuem para uma boa qualidade de vida dos idosos, 40% respondeu não saber se contribuem ou não, 20% acha que contribuem muito pouco para que os idosos tenham boa qualidade de vida.

Alguns referem terem sido internados várias vezes e que ao estarem em contacto com os diferentes profissionais de saúde nas diferentes instituições, perceberam que infelizmente há profissionais que dão apenas significado a patologia do idoso, não englobando o seu ser como na totalidade.

Alguns dos idosos referiram ser pessoas comunicativas, e que gostam de conversar, mas alguns dos profissionais que os atendem durante os cuidados de saúde, muitas vezes iniciam um diálogo com o paciente, limitando a sua conversa apenas as questões da patologia.

Referem haver uma grande necessidade de haver mais enfermeiros, no sentido de atender o grande número de idosos e terem tempo e espaço para lhes atender e prestar cuidados de acordo com as suas necessidades.

Muito raramente ouvem falar sobre actividades desenvolvidas nas suas comunidades direccionadas aos idosos, de forma a que os profissionais entrem em contacto com estes no seu próprio meio e que lhes dê espaço para falar sobre outros aspectos de suas vidas, que podem ser tão más quanto as doenças mais frequentes encontradas nos idosos.

Os idosos acreditam que o envolvimento dos profissionais com o idoso influencia para mudanças de comportamento possibilitando-os sentir humanos dignos e com autonomia na solução dos seus problemas, pois quando há estabelecimento de um relacionamento interpessoal entre o profissional e o utente, este último termina a sua consulta ou intervenção, satisfeito com a prestação do cuidado e esclarecido no que toca aos assuntos que o leva a procurar os serviços de saúde. Por outro lado referem que no entanto há ainda uma grande barreira de comunicação entre o idoso e o profissional de saúde, o que impede muitas vezes que estes mesmos idosos falem as consultas de rotina, conforme o relato.

A intervenção educativa pode contribuir para mudanças no estilo de vida, favorecendo o conhecimento, sendo portanto, um dos meios para vencer os desafios impostos aos idosos pela idade e pela sua condição de saúde, propiciando também, o aprendizado de novas formas de cuidar, ampliando as oportunidades para resgatar seu bem-estar físico e emocional. Acredita-se que a educação em saúde é um dos mais importantes elos entre os desejos e expectativas da população por uma vida melhor e as projecções e estimativas dos governantes, ao ofertar programas de saúde que possam ser mais efectivas. (Josiane, Martins 2007:259)

8. Satisfação das NHF e o cuidado percebido pelos idosos

As ideias centrais de mesmo sentido foram agrupadas em categorias **A** e **B**. Na categoria **A**, estão agrupados os idosos que revelam poderem satisfazer as suas NHF na totalidade, e para estes, o cuidado significa cuidar bem da saúde e ter paz, representando 50% da população estudada. O segundo agrupamento demonstra que, para se cuidar bem, há necessidade de cuidar da alimentação, do sono e ir ao médico, porém estas pessoas referem ter dificuldades em satisfazer algumas das suas NHF, estes enquadram-se na categoria **B** e representam os outros 50% da população.

Categoria A: Idosos que se cuidam sozinhos e que cuidar significa, cuidar bem da saúde e ter paz

O DSC dos idosos demonstra sabedoria adquirida por estes no decorrer da vida. Ainda conseguem satisfazer as suas necessidades na totalidade, o que os leva a sentir-se independentes e autónomos, mesmo carregando consigo algumas incapacidades físicas. Porém, acreditam que o cuidado não se relaciona apenas a elementos do corpo físico. Para

estes idosos a questão do cuidado espiritual também se encontra muito presente, pois no que diz respeito a questão espiritual, significa algo muito forte para os idosos, definindo assim que a religiosidade define a natureza espiritual do ser, de forma transcendente, reconhecendo o real sentido da vida.

Tatiane Kuznier (2007:76), refere que o sentido da vida é uma questão caracteristicamente humana, uma vez que origina na dimensão espiritual, expressa o que de mais humano há no homem, o querer saber e sentir para quê viver e para quê fazer algo. O sentido da vida é buscado ou encontrado pelo próprio homem, não sendo possível ser prescrito/dado por outrem.

Cuidar-se para o idoso, segue dizendo a autora acima citada que significa a busca de assimilação criativa de tudo o que nos possa ocorrer na vida, compromissos e trabalhos, encontros significativos e crises existenciais, sucessos e fracassos, saúde e sofrimento.

Categoria B: Idosos que necessitam de ajuda para se cuidarem e que cuidar significa cuidar da alimentação, do sono e ir ao médico

Os idosos estudados acreditam que o cuidado com o corpo físico, também é muito importante. Demonstram certa regularidade em seus hábitos, quando asseguram que tudo tem que ocorrer na hora certa. Estes percebem e descrevem o quão importante é o respeito aos hábitos quotidianos como a alimentação e o sono, que devem ocorrer de preferência, em horários programados. Referem que noites de sono bem dormidas, em horários regulares, proporcionam maior rendimento e bem-estar diário.

Referem também que a prática de exercícios físicos é de extrema importância todavia, grande parte deles leva uma vida sedentária, o que leva a concluir que o discurso por estes proferidos nem sempre condiz com o que os idosos realmente praticam, mas o facto de carregarem a sombra do descuido, não invalida a permanente busca do cuidado.

Aila Santos (2010:8) diz que o auto-cuidado quando expresso no verdadeiro *self* actua de forma autêntica, revendo valores e princípio através da auto-reflexão e exibindo comportamento de cuidados. Dessa forma, o cuidado de si, considerando a integridade das dimensões corporais (física e mental) passa a ser existencial e passa a ser sentido e vivido, passa a ser reflectido no ambiente, pois ele expressa nossa forma de actuar, nossa atitude frente ao mundo comunicando nossa forma de ser.

9. Resposta dos idosos ao serem questionados se são bem cuidados pelos familiares atualmente ou antigamente

Dos idosos entrevistado 70% refere que os familiares tratavam-no muito melhor quando eram mais novos e ainda não necessitavam de tantos cuidados como precisam actualmente e apenas 30% refere ser melhor tratado nos dias de hoje.

Categoria A: Idosos que eram tratados melhor antigamente

Sabe-se que, em qualquer idade, a família é considerada, social e culturalmente, a base e o habitat de uma pessoa. Observa-se, porém, que tanto a fase da infância e quanto a da velhice exigem do ambiente familiar cuidados frente às alterações hormonais, culturais e psicossociais. No caso de idosos, há necessidades que demandam cuidados fisiológicos e psicológicos.

Foi o tempo em que, como um culto aos antigos, num ritual de respeito à sabedoria de antecessores, as famílias tradicionalmente honravam cuidar de seus idosos. Hoje em dia prevalece o modelo social da família nuclear, em que convivem num mesmo lar apenas pais e filhos. Este fenómeno nos leva a um grande aumento do número de idosos em instituições asilares. O afastamento de idosos dos seus filhos e netos, entre outros, tornou-se comum e, às vezes, há perda total de contacto entre os idosos e a sua família.

De facto e conforme afirma Camila Ribas, Carolina e Thalita, (2006:10) que os idosos de hoje nasceram em épocas em que havia diferentes valores culturais, épocas em que as pessoas mais velhas exerciam um importante papel. A família cuidava dos membros idosos com honra, valorizando-os na vida afectiva e social. Nos dias actuais, há uma mudança no perfil social da família, descaracterizando a valorização do “cuidar” do idoso. Hoje, a família é considerada, em sua maioria, nuclear, onde convivem pais e filhos, e às vezes até mesmo somente mães e filhos, sem lugar para a figura dos avós. Devido a essas condições, a assistência ao idoso pode se tornar difícil, podendo chegar a exigir a institucionalização.

Categoria B: Idosos que são bem tratados actualmente

A complexidade dos problemas sociais relacionados ao impacto provocado pelo aumento da expectativa de vida das pessoas reflecte directamente na manutenção da saúde dos idosos e na preservação de sua competência junta à família.

Os idosos referem que os familiares cuidam bem deles porque um dia já cuidaram desses. Sentem-se satisfeitos com os cuidados prestados pelos familiares e acreditam que são a razão pela sua sobrevivência, na medida que os ajudam na satisfação das suas necessidades e nos cuidados gerais.

Embora tenha havido cada vez mais mudanças na organização social, acredita-se que a família ainda é a instituição social em que as relações interpessoais são mais intensas, proporcionando emoções fortes e conflitos profundos capazes de promoverem a reflexão e a reelaboração de formas de comportamentos. Considerando a solidariedade familiar de extrema importância para os idosos, no sentido de contribuir para a manutenção de sua participação e integração na sociedade. Se o estado não intervém para minimizar a má distribuição de renda, se o orçamento público para as políticas sociais diminui a cada ano e se são raros os programas sociais existentes destinados aos idosos, a família é o único apoio que resta. (Rosane Carvalho 2010:45).

10. Inclusão do idoso na família/comunidade/sociedade, Respeito e Valorização para os mesmos

Na questão da inclusão social, 50% dos idosos que participaram na entrevista não se sente incluído na sua comunidade/sociedade, mas os outros 50% refere que se sente incluído.

Dos 100% dos idosos entrevistados, 60% respondeu que se sente útil, é respeitado e valorizado no seio da sua comunidade/sociedade/família e 40% acha que o respeito pelos outros e a valorização dos idosos fica muito aquém daquilo que deveriam receber. Na categoria **A** enquadram-se os idosos que se sentem incluídos na sua família/comunidade/sociedade e se sentem respeitados e valorizados por estes. Na categoria **B** inserem-se os idosos que não se sentem incluídos, valorizados e respeitados.

Categoria A: Idosos que não se sentem incluídos no seio da família/comunidade/sociedade

Os idosos aqui mencionados descrevem a si mesmos como pessoas que já viveram muito, deram a sua contribuição para o desenvolvimento da sua família, comunidade e país e hoje em dia sentem como se estivessem a viver de favores, uma vez que o respeito e valorização que desejam por parte dos outros não existe. Revelam que seus direitos não são

compridos e não são vistos com bons olhos, pois não trabalham, não produzem, portanto já não dão nenhum contributo ao seu país.

De acordo com Straub Richard (2005:25) em tempos idos, os adultos mais velhos eram muito mais estimados do que o são pela comunidade de hoje com os seus estereótipos de idade sobre as pessoas mais velhas. Socialmente, e no caso dos mais velhos, a valorização dos estereótipos projecta sobre a velhice uma representação social gerontofóbica e contribui para a imagem que estes têm de si próprios, bem como das circunstâncias e condições que envolvem a velhice.

Na verdade este problema surge, quando o fenómeno de envelhecer é considerado prejudicial, de menor utilidade ou associado à incapacidade funcional. A maioria destes estereótipos está ligada, não a características específicas do envelhecimento, mas antes a traços de personalidade e factores socioeconómicos, o que importa assim realçar o facto de estes estarem frequentemente ligados ao desconhecimento do processo de envelhecimento, e poderem, consequentemente, influenciar a forma como os indivíduos, em particular, e a sociedade em geral, interagem com a pessoa idosa.

Categoria B: Idosos que se sentem incluídos no seio da família/comunidade/sociedade

Estes idosos afirmam que se sentem incluídos no seio da sua família/comunidade/sociedade uma vez que ainda embora muito pouco vivem de forma activa, dando a sua colaboração, opinião e comprimento dos seus deveres.

Lizete Rodrigues e Geraldo Soares (2006: 27), referem que para o idoso, a família ainda representa a principal fonte de ajuda e apoio para seus membros, portanto quanto mais integrado ele estiver no seio familiar, maior será sua satisfação e melhor a sua qualidade de vida. A família é potencialmente o mais afectivo sistema de apoio ao idoso, portanto, é de suma importância seu papel na valorização dos indivíduos.

Recebendo a devida atenção das políticas, a família poderá vir a ter condições de viabilizar “suas possibilidades de protecção, socialização e criação de vínculos relacionais.” Dessa forma ela poderá estabelecer com seus idosos uma relação voltada para sua inserção, cultivando neles sentimentos de pertença. (*Idem*)

12. Relacionamentos dos idosos e opinião sobre as instituições sociais

70% dos idosos diz ter alguns amigos, mas não os vejam com frequência e 40% diz que não tem nenhum amigo.

Todos os idosos anseiam por actividades direccionadas aos idosos como forma de promover o convívio entre estes.

Na medida em que os relacionamentos afectivos destes vão diminuindo com a idade, referem que o estado ou pessoas da área social deveriam fazer algo para que os idosos se sentissem incluídos na sua sociedade.

100% dos entrevistados gostaria que as instituições sociais criassem meios para que os idosos pudessem conviver entre si e desenvolver actividades de forma a se sentirem úteis na sua sociedade.

Estes referem uma ampla necessidade de se interagirem com pessoas da mesma idade interessadas nas mesmas actividades. Referem que as instituições sociais e os profissionais das áreas sociais deveriam promover actividades e encontros, proporcionando aos idosos espaços para convívio, ajudando-os assim na diminuição da probabilidade perda das suas capacidades físicas e mentais.

Acreditam ser imperioso que para os idosos exista uma ocupação em qualquer actividade que lhes dê prazer e os faça sentir úteis, pois a falta de ocupação tem efeitos prejudiciais sobre qualquer ser humano. Alguns referem viver perto de campos de futebol pequenos que são ocupados durante o dia por pessoas jovens e sentem-se que se deveria fazer algo direccionado aos idosos nestes mesmos espaços de forma a que ocupassem os seus dias.

Como refere, (Rachel et al, 2007:4) uma relação directa entre relacionamentos sociais, qualidade de vida, capacidade funcional e uma relação inversa desses factores com a depressão têm sido apontadas por diversos autores. Os dados recolhidos sustentam a importância dos relacionamentos sociais para o bem-estar físico e mental na velhice e consequentemente, para uma qualidade de vida. O argumento em favor da ideia de que as relações sociais podem, de várias formas, promover melhores condições de saúde, tem sido comprovado, por outro lado, a ausência de convívio social causa severos efeitos negativos na capacidade cognitiva geral, além da depressão.

Segue referindo que a pobreza de relações como um factor de risco tem sido considerada tão danosa quanto ao fumo, a pressão arterial elevada, a obesidade e ausência de actividade física. Este conjunto de evidências sugere que a deterioração da saúde pode

ser causada não somente por um desgaste natural do organismo, sedentarismo ou uso de tabaco, mas, também pela redução da quantidade ou qualidade das relações sócias. De uma forma geral, pode-se argumentar que as pessoas que têm maior contacto social vivem mais e com melhor saúde do que as pessoas com menor contacto social.

13. Ligação dos idosos a religião e espiritualidade e a frequência com que vão à igreja

No que diz respeito ao tipo de religião, 60% dos idosos estudados são católicos, 30% do racionalismo cristão e 10% é da igreja Jesus Cristo dos últimos dias. Referem seguir os passos dos pais, pois enquanto jovens frequentavam a igreja juntamente com estes, sendo esta uma das heranças por eles deixados, transmitindo assim sabedoria, força e para alguns, um refúgio.

Atendendo a questão sobre a frequência da igreja ou centros religiosos, 40% dos idosos refere não ir á igreja há muito tempo, 40% vai muito raramente, 20% vai todos os domingos.

Já no tange ao significado da religião para estas pessoas, houve uma variedade de opiniões que se convergiram aos seres superiores como algo divino e protector.

Para a maioria dos entrevistados a religião significa paz, harmonia, conforto e para outros significa paz espiritual, sabedoria, significa seguir os passos dos pais, o princípio do idoso, distinção entre o bem e o mal, aprendizagem e tranquilidade.

Os idosos vivem o sagrado, praticando a religião, mesmo que não indo à missa ou centros religiosos, mas acreditam profundamente no poder e força positiva que esta proporciona à sua existência, no enfrentamento de vida, principalmente quando estes se percebem doentes ou sozinhos. Assim buscam na religião e nas pessoas que seguem o mesmo, a ajuda e conforto que necessitam para as suas vidas.

A maioria dos entrevistados mencionou o nome de Deus, anjos e espíritos nas suas respostas, referenciando-os sempre como algo transcendente onde recarregam forças que os ajudam a viver esta fase de velhice e que de acordo com a sua vida na terra esperam que quando morrerem tenham um encontro com os seres que em tanto crêem, enquanto seres viventes.

Para Boff (2006:34) a espiritualidade é uma dimensão de cada ser humano. Essa dimensão espiritual que cada um de nós tem se revela pela capacidade de diálogo consigo mesmo e o próprio coração, se traduz pelo amor, pela sensibilidade, pela compaixão, pela

escuta do outro, pela responsabilidade e pelo cuidado como atitude fundamental, características marcantes nos idosos deste estudo, os quais expressam alimentar um sentido profundo de valores pelos quais vale sacrificar tempo, energias e no limite, a própria vida, embora muitos deles já não frequentem a religião em presença. Prezam pelo senso de responsabilidade, de cuidado consigo e pelo outro, “sacrificando” parte do seu tempo para poderem partilhar o convívio com pessoas queridas.

Os idosos tentam viver a retidão da vida, o sentido da solidariedade e para isto cultivam o espaço sagrado do espírito, seja em suas religiões e igrejas, seja no modo como pensam, agem e interpretam a vida.

De acordo com Boff (2006:45), a religião constitui uma das construções de maior excelência do ser humano, pois elas todas trabalham com o divino, o sagrado e com o espiritual.

14. O que os idosos mais temem na vida

60% dos idosos tem medo se tornar mais vulnerável, ter doenças graves e morrer sofrendo, 40% refere não ter medo de nada vida.

Categoria A. Idosos que temem se tornarem mais vulneráveis, ter doenças graves e morrer sofrendo

O envelhecimento é caracterizado pela incapacidade de manter o equilíbrio homeostático sob condições de sobrecarga funcional, acarretando maior vulnerabilidade sofrimento e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levar o idoso à morte.

Anna Neri (2008:14) aponta que a velhice é a última fase do ciclo vital e é delimitada por eventos de natureza múltipla, incluindo, por exemplo, perdas psicomotoras, afastamento social, restrição de papéis sociais e especialização cognitiva (...) O envelhecimento é um processo de mudanças universais pautadas geneticamente para espécie e cada indivíduo, que se traduz da plasticidade comportamental, em aumento da vulnerabilidade, em acumulação de perdas evolutivas e no aumento da probabilidade da morte. O ritmo, a duração e os efeitos desse processo comportam diferenças individuais e de grupos etários, dependentes de eventos de natureza genético-biológica, sociohistórica e psicológica.

Estes referem saber que a prática de cuidados de si e a satisfação das NHF implica por parte dos idosos capacidade física e mental para que face aos problemas subjacentes aos cuidados possam actuar de forma independente e autónoma. Sabem que com o avançar da idade o indivíduo normalmente vai se degradando, perdendo o controlo e reduzindo a capacidade de se cuidar. Cuidar das tarefas da vida diária, cuidar do corpo e satisfazer as necessidades, implica para estes idosos, que o indivíduo se mentalize que na velhice as pessoas sofrem de certos males e patologias, que devem se cuidar, seja por si mesmos, ou por outras pessoas que tenham competência. Referem saber que o cuidar muitas vezes exige o envolvimento de outrem, em virtude das impossibilidades desenvolvidas pelos idosos, mas tornar-se dependente muitas vezes faz com que se sintam pessoas desestruturadas, incompetentes e sem controlo sobre si, esperando mesmo pela única certeza dos seres humanos, a morte.

Categoria B: Idosos que não temem nada

Os idosos aqui enquadrados se definem como pessoas que já viveram tempo suficiente, aproveitaram bem a sua juventude e hoje sentem-se preparadas para o que lhes tiver que acontecer. Sentem-se apoiadas pelos familiares, vivem bem e consideram-se pessoas com boa qualidade de vida bio-psico-social, autores da sua vida e actores activos da sua vivência. Participam nas decisões das suas próprias vidas e sentem-se bem consigo mesmos.

Na velhice, segundo (Carla Correia, 2009:30) a qualidade de vida é um evento determinado por múltiplos factores, nem sempre fáceis de serem avaliados cientificamente, nomeadamente factores objectivos tais como condições de saúde, relações sociais, grau de escolaridade, ocupação de tempos livres e capacidade económica, e subjectivos os quais dizem respeito ao bem-estar psicológico, isto é, as experiências pessoais, aos estados internos que podem ser manifestados através de sentimentos, às reacções afectivas e aos constructos psicológicos como a felicidade, saúde mental, sensação de controlo, competência social, stress e saúde percebida.

15. Como se auto definem

40% dos idosos define-se como sendo pessoas felizes e que se sentem satisfeitas com a vida, enquanto que o restante 60% auto-identifica-se como alguém que vive sozinho

em sua casa, alguém como deus quer, cristã de deus, que leva a vida vivendo todas as consequências más trazidas pelo envelhecimento, ou seja não se sentem felizes.

Categoria A: Idosos que se sentem satisfeitos com a vida

Estas pessoas auto-definam-se como pessoas felizes, pois embaçam nas suas vivências capítulos preenchidos por histórias que lhes marcaram e que lhes faz sentir que a vida valeu a pena ter sido vivido até esta fase. O ambiente em que vivem, factores objectivos como o número de filhos, pessoas com quem vivem e características subjectivas, como a percepção da situação económica, estado de saúde, contacto familiar é um factor inerente a satisfação de vida. Estes factores indicam que esses idosos se sentem satisfeitos com as suas vidas.

No que concerne aos elementos considerados por muitos autores como mais importantes para o Bem-Estar de idosos, citaram o casamento, contacto com a família, viver acompanhado, perceber a sua situação económica e a sua saúde como boa. O contacto com a família revela-se importante em termos da satisfação da vida destes. Sendo assim conclui-se que viver sozinho ou acompanhado, constitui-se como fundamental para o bem-estar, nomeadamente ao nível da subescala de solidão/insatisfação. (Sara Silva, 2009:70)

Categoria B: Idosos que se sentem infelizes

Os idosos enquadrados nesta categoria auto-definam-se como pessoas desintegradas da sociedade, afastadas dos familiares, pessoas improdutivas e que gostariam de que o respeito e a valorização pelos idosos fosse diferente. Foram identificados sentimentos de solidão nestas pessoas, sentem-se insatisfeitas com a vida e sentem-se solitárias por causa da falta de uma rede de apoio, amigos, pessoas conhecidas e familiares.

Papaleo Netto, (2000:255) refere que com o avançar da idade a maioria das pessoas idosas reduz a sua participação na comunidade, o que pode originar sentimentos de solidão e desvalorização, com efeitos ao nível da integração social e familiar, e ao nível da saúde física e psíquica. A satisfação com a vida está negativamente ligada a solidão.

Como pode-se constatar, na terceira idade ocorrem transformações ao nível de papéis sociais, exigindo adaptação do idoso às novas condições de vida. É aqui que as relações sociais têm um papel fundamental na prevenção da solidão e na promoção de envolvimento social.

Estudos efectuados revelam existir uma diminuição na satisfação com a vida, mais evidente nos indivíduos com mais de setenta e cinco anos e com mais de cinco anos de reforma, tudo indicando que será uma série de factores ligados não propriamente à reforma mas antes ao decurso normal do processo de envelhecimento, que acabaram por condicionar a satisfação de vida. Esse estudo conclui ainda que muitos dos aspectos que põem em causa uma adaptação com sucesso à reforma, prendem-se fundamentalmente com o processo de envelhecimento em si, o qual é sempre caracterizado por uma prevalência de perdas sobre ganhos e por um risco acrescido de diminuição de bem-estar psicológico. (Carla Correia, 2009:30)

CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

Trabalhar esse tema deu-nos a oportunidade de conhecer, conviver e trabalhar com um grupo de pessoas as quais deu-nos a perceber que poucas pessoas se sentem com sorte por chegar a fase da velhice. O que outrora se considerava uma dádiva, hoje é visto por muitos como castigo, pois apesar de muitos idosos em vários países virem a ganhar seu espaço, continuarem a viver de forma saudável, com qualidade e darem o seu contributo para a sua sociedade, outros encaram o envelhecimento como um processo que desestrutura e desintegra a pessoa, sendo muitas vezes deixada de lado e considerada por muitos como um fardo.

Investigar sobre qualidade de vida abrange inúmeros aspectos inter-relacionados, dependendo alguns de outros, portanto não devem ser trabalhados de forma isolada.

Cada vez mais o tema Envelhecimento/Envelhecer tem vindo a ser estudado e trabalhado, porém o que se vê no dia-a-dia é uma incompreensão na prática desse processo e seus envolventes. Em Cabo Verde, esse é um tema muito pouco trabalhado, pelo menos no que diz respeito a estudos com abordagens e fundamentos científicos.

Observa-se que paralelamente ao aumento do número de idosos na população cabo-verdiana, existe o afastamento dos familiares e baixa renda económica do país, o que traz profundos impactos, particularmente para idosos dependentes, destinados aos cuidados de outrem. A isso também se junta o facto de em algumas situações, se adicionar aos dos idosos o índice de desemprego familiar, em que a reforma ou pensão social do idoso se constitui a única fonte de rendimento familiar. Portanto ao analisar essas questões, em relação ao que diz respeito aos idosos, leva a crer que estas devem ser tidas em conta ao se falar de QdV na velhice.

O objectivo do estudo foi alcançado na medida em que foi possível identificar como os idosos acreditam ser o envelhecimento na sociedade actual, o modo como se cuidam, o tipo de cuidado que recebem dos familiares e profissionais de saúde, avaliar a sua QdV e saber como é que se sentem enquanto pessoas. Relativamente ao propósito do estudo em questão, avaliar a qualidade de vida dos idosos, e os factores que circundam este tema, podem ser concluído através dos resultados apresentados.

Podemos assim concluir que embora os idosos estudados tenham familiares, condições para cuidarem de si e condições financeiras para procurar os serviços de saúde,

anseiam por companhia, pela presença de pessoas com quem possam conviver e partilhar seu dia-a-dia. Por outro lado, o facto de alguns idosos revelarem um nível de dependência e autonomia, juntamente com outros factores que potencialmente influenciam a QdV dos seres humanos, não parece influenciar positivamente os entrevistados, na medida em que a avaliação da QdV destes ficou pelo razoável.

Esses idosos poderiam ter uma boa QdV, caso existisse um acompanhamento eficaz por parte de familiares, profissionais de saúde e instituições sociais, que lhes pudesse proporcionar.

Embora não se tenha feito uma análise de abordagem qualitativa das entrevistas feitas aos profissionais de saúde e familiares dos idosos, os investigadores puderam identificar a percepção que estes têm sobre o envelhecimento e envelhecer na sociedade actual e como actuam para que os idosos tenham uma boa QdV.

Pode-se ainda perceber de que forma a actuação do enfermeiro na área de Gerontologia pode ou não contribuir para que os idosos formulem a sua opinião sobre os profissionais desta área da saúde.

Há uma grande necessidade de os profissionais da área da saúde incluírem nos cuidados aos idosos, cuidados específicos além do ensino ao idoso no que tange aos cuidar de si e ensino aos familiares no que diz respeito aos cuidados que prestam aos idosos e como esses cuidados são prestados, de forma a diminuir os problemas que podem surgir no seio da família devido a sobrecarga dos cuidadores leigos.

Precisa-se unir esforços com outros profissionais que tenham o compromisso com a causa do idoso em termos de melhorias nas suas condições de vida, para que os idosos não sejam vistos como mais “um problema social”, mas sim como sujeito que tem capacidade produtiva, a fim de que, através da solidariedade entre as gerações, tenha garantia de acesso aos seus direitos sociais e poder de decisão sobre as questões que lhe dizem respeito.

De forma geral os idosos investigados e estudados contribuíram para que se possa pensar em como actuar no ambiente do cuidado leigo (familiar), cuidado especializado (profissionais de saúde) e cuidado no contexto social (instituições sociais) de forma a que a opinião dos idosos no futuro seja diferente e de forma a que a velhice seja perspectivada de forma diferente.

Como um todo os idosos não apresentam uma boa QdV e são pessoas que necessitam de um cuidado inserido no contexto do envelhecer, adaptado as suas capacidades e potenciais funcionais, ambiente e cultura.

Dificuldades e limitações do estudo

Apesar das limitações encontradas durante a realização deste trabalho, o estudo buscou registar a relevância desta temática para a enfermagem, por se tratar de uma profissão que tem em sua essência o cuidado, ao explorar as questões subjacentes ao processo de cuidar do idoso. Não se pretendeu esgotar o assunto, mas sim instigar novas produções científicas e aprofundar as discussões sobre a temática que visem reverter positivamente para a assistência em saúde.

A reduzida dimensão da amostra, e a não análise das entrevistas dos profissionais e familiares numa abordagem qualitativa prendeu-se ao facto de o número limite de páginas, ser uma das regras na elaboração do estudo.

O tempo estabelecido para a elaboração de cada entrevista estendeu-se além do previamente estabelecido, uma vez que a maior parte dos idosos estudados ansiavam por alguém que lhes escutasse, pois ao responderem as perguntas, entravam em outros assuntos, que embora prolongassem a conversa deu aos pesquisadores a possibilidade de recolher outras informações. Sendo assim a pesquisa de campo prolongou-se mais do que se estava a espera, fazendo com que o tempo restante para a análise, apresentação dos resultados e discussão fossem feitas num espaço de tempo maior do que o previsto.

Sugestões e propostas

Com a realização do estudo, os investigadores propõem estratégias que permitem que o idoso tenha mais e melhor qualidade de vida, bem como uma participação activa na sociedade. Para tal:

- Poderiam ser desenvolvidos trabalhos escritos, onde se poderia avaliar através de uma abordagem qualitativa, a actuação dos profissionais no que tange aos cuidados com e para idosos;
- Poderiam ser criado nos próprios centros de saúde, espaços de atendimento ao idoso especificamente;

- Adequar os espaços para melhor locomoção dos idosos, principalmente para os com deficiência;
- Criar espaços de lazer ao ar livre para que os idosos pudessem interagir com outras pessoas;
- Criar condições que assegurem o cumprimento dos direitos do idoso, criando condições para promover a sua autonomia, integração e participação efectiva na sociedade;
- Fazer ensinamentos nas comunidades sobre os cuidados com os idosos e com os cuidadores leigos dos idosos;
- Criar associações onde os idosos pudessem envolver nos debates sobre assuntos que os circundam;
- Envolver os idosos em actividades informativas e formativas;
- Envolver os idosos em palestras, passeios e serviços que estimulam a sua participação social.

Com o desenvolvimento dessas propostas os investigadores acreditam que seria possível concretizar a participação social dos idosos na garantia dos seus direitos sociais, por isso considera-se que é dentro dos programas direccionados aos idosos que se deve trabalhar essas questões. Para que isto ocorra os idosos devem ser envolvidos nos assuntos que os dizem respeito na tentativa de os estimular na defesa dos seus direitos.

Entende-se portanto que ajudar na tentativa de ampliar o avanço dessas questões tem a ver com a participação social dos idosos em programas de terceira idade, seja em grupos de convivência ou programas desenvolvidos a estes.

O desenvolvimento de actividades em grupos proporcionam momentos de lazer além de estimular o desejo de associação e o desenvolvimento da sociabilidade, ao mesmo tempo em que os idosos aprendem a respeitar e ouvir o outro e a si mesmo, encontrando alternativas para os problemas discutidos junto com os seus iguais. (Alzira Nunes, 2001: 10).

Os profissionais de saúde e os das áreas sociais que exercem a sua profissão, assim como os futuros profissionais das mesmas áreas, devem perceber os espaços dos programas de terceira idade como potencializadores da construção da cidadania dos

idosos, o que, pode contribuir para a consolidação de uma representação mais positiva da velhice.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, Fernanda (2011). “A essência do processo de enfermagem”, Porto, 34, [on-line], http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2283/3/TG_17068.pdf , 18.01.13,
2. ASSIS, Mónica, HARTZ, Zulmira e VALLA, Victor (2004). “Programas de promoção da saúde: Uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002” *Rev. Ciência & saúde colectiva*, v. 9, n3; 558 (557-581),
3. ÁVILA, Rui Fernando (2009).”Idosos: A Enfermagem e os Cuidados De Proximidade”, Porto, (43-86), [on-line], <http://repositorio-berto.up.pt/bitstream/10216/21394/2/Idosos%20A%20Enfermagem%20e%20os%20Cuidados%20de%20Proximidade.pdf> , 15.12.12
4. BARBOSA, Maria (2010). “Relação entre o profissional de saúde da família e o idoso” *Esc Anna Nery (impr)out-dez*, v.14, n.4, 821 (819-824)
5. BOFF, Leonardo (1999): “Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra” Petrópolis, Editora Vozes, (34-45)
6. BOFF, Leonardo (1999): “*Como fazer teologia da libertação*”, Petrópolis, Editora Vozes, 121
7. BOUÇAS, Isabel, (2007). “Ensino e aprendizagem da Bioética Em Enfermagem: Perspectiva dos Estudantes”, Porto, (21-45), [on-line], <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22090/3/TESE.pdf> , 22.12.12,
8. BURM, Ana, SILVA Teresinha e TOCANTINS, Florence (2005). “O enfermeiro como instrumento de acção no cuidar do idoso”, *Rev Latino – am Enfermagem* 2005 novembro – dezembro; v.13, n. 6, 1020, (1019 – 1026)
9. CAMPOS, Clauidei (2004). “Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde” *Ver. Bras Enferm*, Brasília (DF), set/out, v.57, n5, 613-614 (611-615)

10. CARNEIRO, Rachel et al (2007), “Qualidade de vida, Apoio social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais” *Rev. Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol. 20 nº 2, 229 (229-237)

11. CARNEIRO, Licânia (2009). “Religiosidade e qualidade de vida em idosos institucionalizados”, 15, [on-line]

http://bdtd.biblioteca.ufpb.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=480 , 15.3.13

12. CARVALHO, Rosane (2010). “O Processo De Envelhecimento Na Visão Dos Idosos Participantes Dos Grupos De Convivência De Volta Redonda: Subsídios Para Confecção De Cartilha Informativa”, Volta Redonda, (33-45) [on-line] http://www.unifoa.edu.br/portal_ensino/pos_OLD/mecsma/arquivos/18.pdf , 13.12.12

13. CARREIRA, José (2008), “Estudo sobre as medidas de intervenção social nos maus-tratos aos idosos,” Porto, 4 [on-line]

<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1100/2/Jos%C3%A9%20Carreira%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20em%20Trabalho%20Social.pdf> 15.3.13

14. CORREIA, Carla (2009). “O apoio social e a qualidade de vida dos idosos: do concelho de Faro”, Faro, (4 e 49), [on-line] <http://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/564> , 13.12.2012

15. GAMBÔA, Adriana (2006). “Programa Nacional Para A Saúde Das Pessoas Idosas”, Lisboa, p:5

16. DIOGO, Maria e DUARTE yeda (1999). “ O envelhecimento e o idoso no ensino de graduação em enfermagem no Brasil: Do panorama atual à proposta de conteúdo programático” *Rev. Esc.Enf. USP*, v33, n4, 374 (371-376)

17. FONTINHA, Márcia (2010). “Relação com o suporte social e a solidão em Idosos,” Lisboa, (30 e 33), [on-line]

<http://www.recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1293/Tese%20-%203%20etapa%201.pdf?sequence> , 20.12.12.

18. FORTIN, Marie-Fabienne (2003). “O processo de investigação: Da concepção à realização,” Lusociência, Outubro
19. HILL, Manuela e HILL Andrew, A (2002): “Investigação por questionário”. Lisboa, Sílabo Lda, 44
20. JACOB, Luís (2007), “Animação de idosos”, Rev. *Cadernos Socialgest, Manual de Animação de idoso*, nº4, 3
21. KUZNIER, Tatiane (2007). “O significado do envelhecimento e do cuidado para o idoso hospitalizado e as possibilidades do cuidado de si”, Curitiba, (71-144) [on-line] <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oTatianeKuznier.PDF>
22. LAKATOS Eva e MARCONI Marina (2001). “Metodologia Científica” 2ª ed, São Paulo, Atlas, (18-83)
23. LEFÈVRE, Fernando e LEFÈVRE Ana (2003). “O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramento)”, Caxias do Sul: EDUCS, (15-16)
24. MASSY, Doménico (2000): “O ócio criativo”, 3ª edição, Rio de Janeiro, Sextante, 275
25. MARTINS, Josiane et al (2007). “Necessidade de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio” Rev. *Texto Contexto Enfermm*, Florianopolis, abr-jun, v.16, n.2, 4
26. MEDEIROS, Gilson (2003). “Uma Análise Das Características Básicas Da Velhice Para Proposta De Integração Do Idoso Adventista Nas Actividades Da Igreja”, Rev. *Latino-am Enfermagem* Março-Abril, V.15, nº 2, 1 (1-8)
27. MONIZ, José (2008). “Cuidar de pessoas idosas: as práticas de cuidados de enfermagem como experiências formadoras”, *Revista Kairós*, São Paulo 11 (1), Jun.p: 40 (39-57),
28. MORAIS, Neide et al (2004). “A religiosidade dos idosos: significados, relevância e operacionalização na percepção dos profissionais de saúde” Rev. *Enferm.UERJ*, v,12, n1, 14 (11-17)

29. NERI, Anna (2000). “E por falar em boa velhice”, São Paulo, Papirus
30. NUNES, Alzira (2004). “Serviço social e universidade de terceira idade: uma proposta de participação social e cidadania para os idosos” *Rev. Textos de envelhecimento* v.3, n.5 Rio de Janeiro, 10 (1-17)
31. OLIVEIRA, Juliana e SANTOS, Darlene (2010). “Atenção ao idoso na estratégia de saúde da família: atuação do enfermeiro”, *Rev. Esc. Enferm*, v.44, n3, 777 (774-781)
32. PAPALEU, Mateus (2000): “*Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em Visão globalizada*,” São Paulo, Atheneu, 92
33. PASHOAL, Sérgio (2000): “Qualidade de vida do idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião”, São Paulo, p: 64, [on-line] <http://www.pucgoias.edu.br/ucg/unati/ArquivosUpload/1/file/Trabalhos%20Acad%C3%AAmicos/Qualidade%20de%20Vida%20do%20Idoso%20-%20Idealizada%20e%20Real.pdf> 13.11.2012
34. Primeiro encontro Psicogeriatrico do Porto organizado pelo Hospital de São João (2009). “Cuidados de enfermagem na terceira idade”, *Rev. Saúde e sociedade*, v.16, n.1, jan-abril, 6, (1-19)
35. QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT, Luc Van (2005). “*Manual De Investigação Em Ciencias Sociais*”, Lisboa, Gradiva, 22
36. RIBAS Camila, SOUZA, Carolina e FREITAS, Thalita (2006). “Idosos e famílias” *Rev. P, psicologia*. 10 (1-13)
37. RODRIGUES, Lizete e SOARES, Geraldo (2006), “Velho, Idoso e Terceira Idade Na Sociedade Contemporânea”, *Revista Ágora, Vitória*, n.4, (2-45)
38. RODRIGUES, Rosalina et al (2007). *Rev.Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, jul-set, v.16, n.3, 537 (536-344)

39. SILVA, Aila (2010). “ Promoção do auto-cuidado de idosos para o envelhecer saudável: Aplicação da teoria de Nola Pender”*Rev. Texto e Contexto Enferm*, Florianópolis, Out-Dez; v.19, nº4, 747, (745-753)
40. SILVA, Bárbara, SANTOS, Silvana (2009). “Os cuidados aos idosos institucionalizados – opiniões do sujeito colectivo enfermeiro para 2026”, *Rev. Acta Paul Enferm* v.23, n.6, 777, (775-781)
41. SILVA, Sara (2009): “Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos” [on-line], (27-70) <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1092/1/sarasilva.pdf> , 10.2.2013
42. SILVA, Lúcia, BOCCHI, Sílvia e BOUSSO, Regina. (2008). “O papel da solidariedade desempenhado por familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos hospitalizados,” *Rer. Texto Contexto, Enferm*, Florianópolis, Abr-Jun: 298 (297-303),
43. SHNEIDER, Rodolfo e IRIGARAY, Tatiana (2008): “O Envelhecimento na atualidade: aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais”, *Rev. Estudos de Psicologia*, Campinas, v.25, nº4, p: 586 (585-593), outubro-desembro
44. SOARES, Priscila (2008). “A percepção do idoso Morador De Uma Unidade Asilar Quanto A Assistência De Enfermagem Oferecida”, Iguacu, *Rev. Saúde pública*, 18
45. SOUSA, Jacy Aurélia (2009), “Cuidado clínico de enfermagem ao idoso diabético institucionalizado; revelando alguns diagnósticos”, Fortaleza-Ceará, *Rev. Textos Envelhecimento* v.7, n.2, 29
46. SOUSA, Hugo (2012). “A prática baseada em evidências: uma metodologia fundamental para os alunos de Enfermagem”, 38, http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2790/3/T_18151.pdf , 16.4.13

47. SOUZA, Lucas, WEGNER, Wiliam e GORINI, Maria (2007). “ Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo” *Rev. Latino-am Enfermagem*, Março-abril, v.15, n2, 2
48. STRAUB, Richard (2005). “Psicologia da saúde”, Porto Alegre. Artmed, 25
49. TEIXEIRA, Liliana (2010). “Solidão, Depressão e Qualidade de vida em idosos: Um estudo avaliativo exploratório e implementação – Piloto de um programa de intervenção”, 22, [on-line]
http://www.esenf.pt/fotos/editor2/saude_e_qualidade_de_vida_uma_meta_a_attingir.pdf
50. WILDEMUTH, Bárbara (1993). “Post-positiv reserche:two examples of metodologic pluralism”. *Library Quarterly*, n.63, n4, 450
51. VEIGA, Kátia, MENEZES Tânia (2008). “Produção do conhecimento em enfermagem: a (in) visibilidade da atenção à saúde do idoso”, *Rev. Esc Enferm USP* 2008, v. 42, nº4, p: 772
52. TRENTINI, m, PAIM, L (1999)”*Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial*” Florianópolis, UFSC, p:108

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A – Gráficos referente aos idosos	78
Anexo B – Gráficos referentes aos familiares.....	86
Anexo C – Tabelas referentes aos profissionais.....	93

ANEXO A

GRÁFICOS REFERENTES AOS IDOSOS

Fig.3: Envelhecimento na actualidade – Perspectiva dos idosos

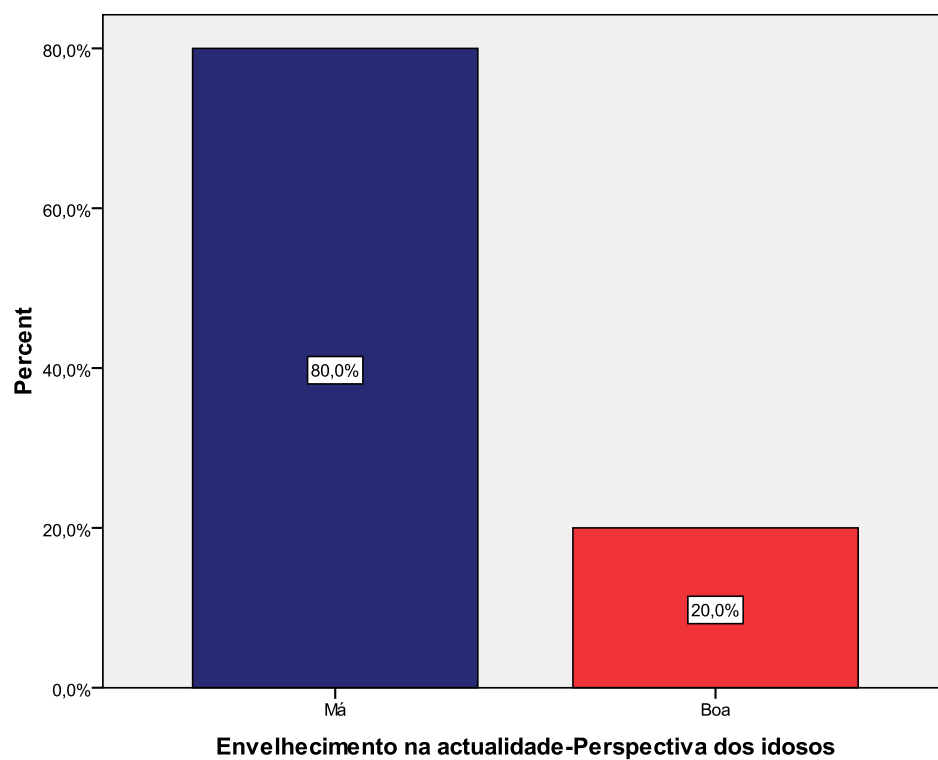


Fig.4: Diferença entre os idosos da actualidade dos de antigamente

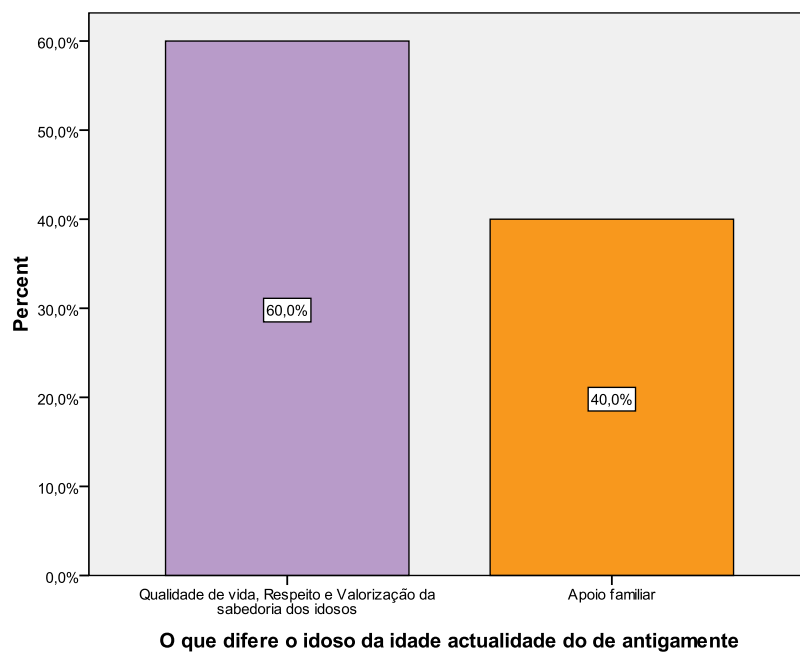


Fig. 5: Como o idoso vive o seu dia-a-dia

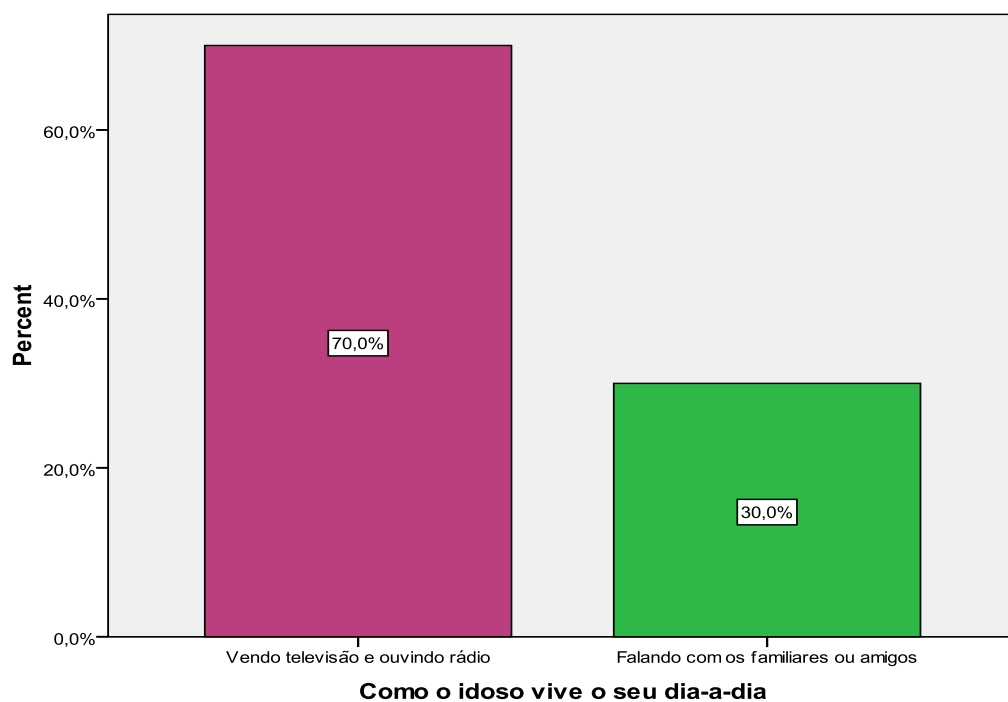


Fig.6: QdV na perspectiva dos idosos

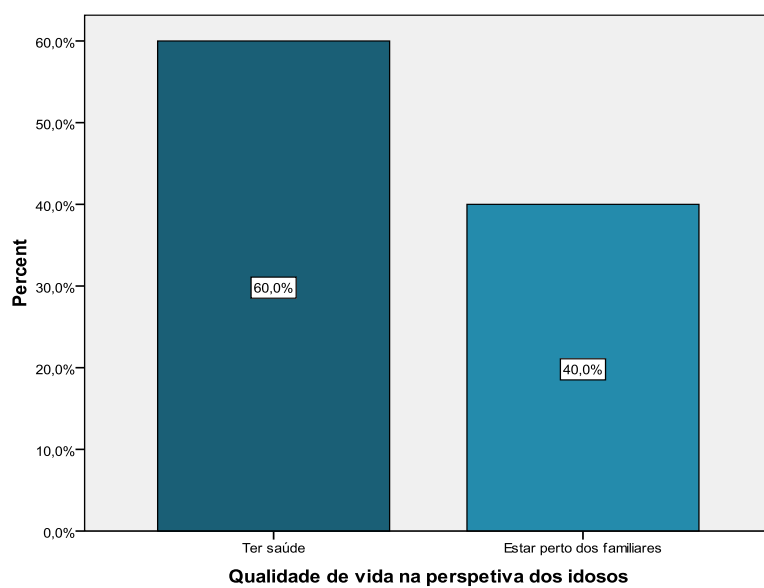


Fig 7: O que os idosos fazem para ter boa QdV

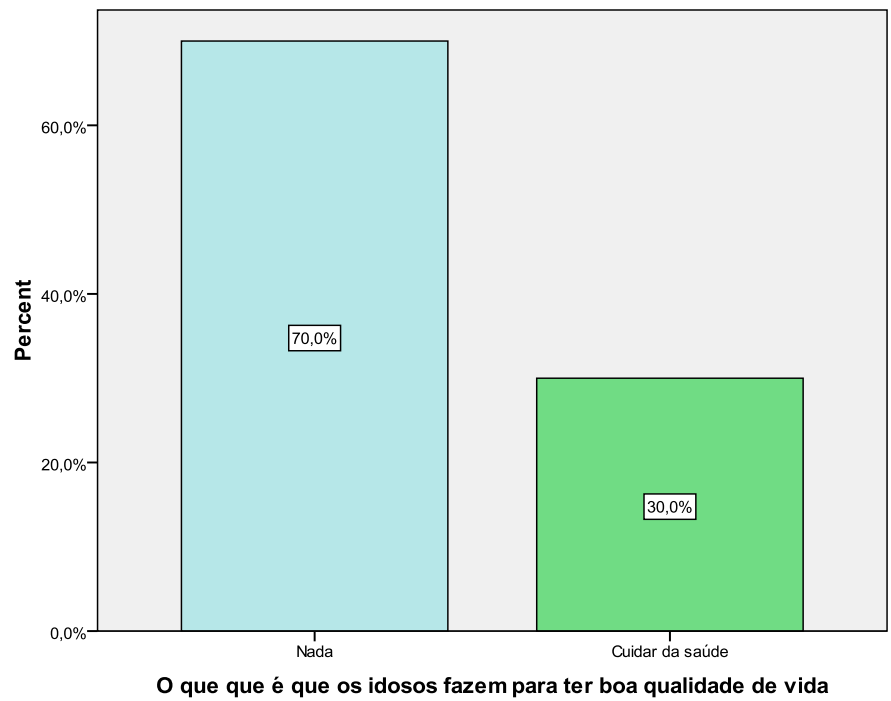


Fig.8: Satisfação das NHF e o cuidado percebido pelos dosos

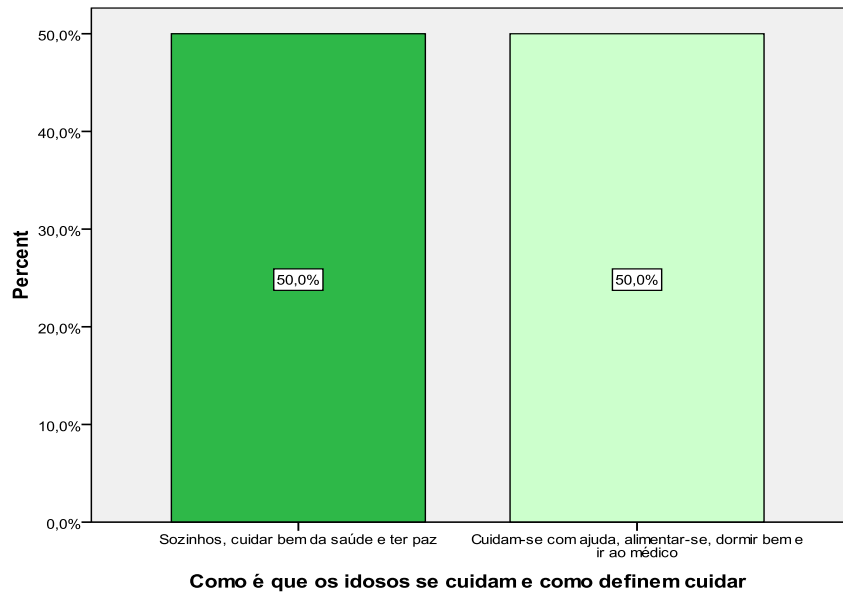


Fig 9: O cuidado que os familiares prestam aos idosos

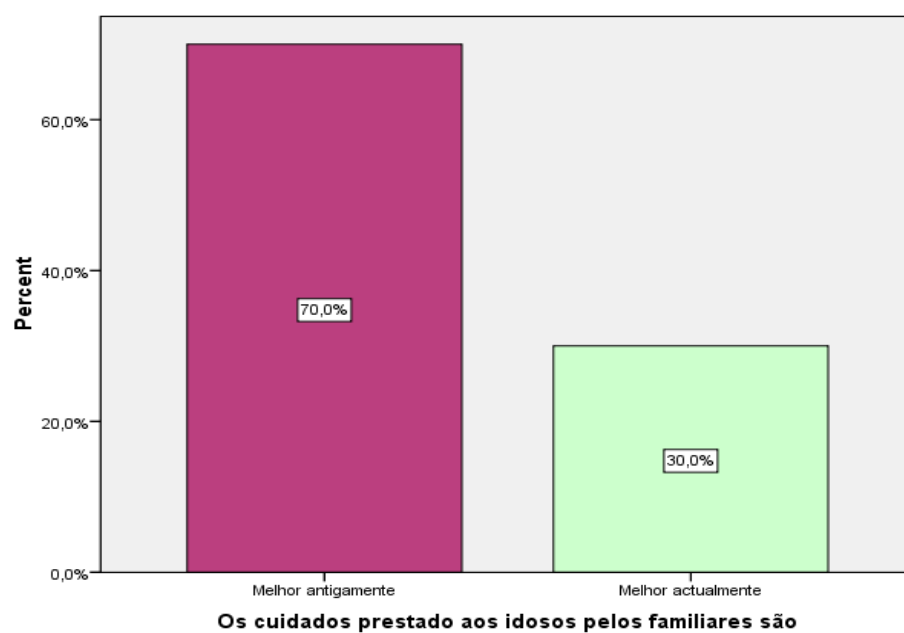


Fig. 10: Frequência com que os idosos procuram os serviços de saúde

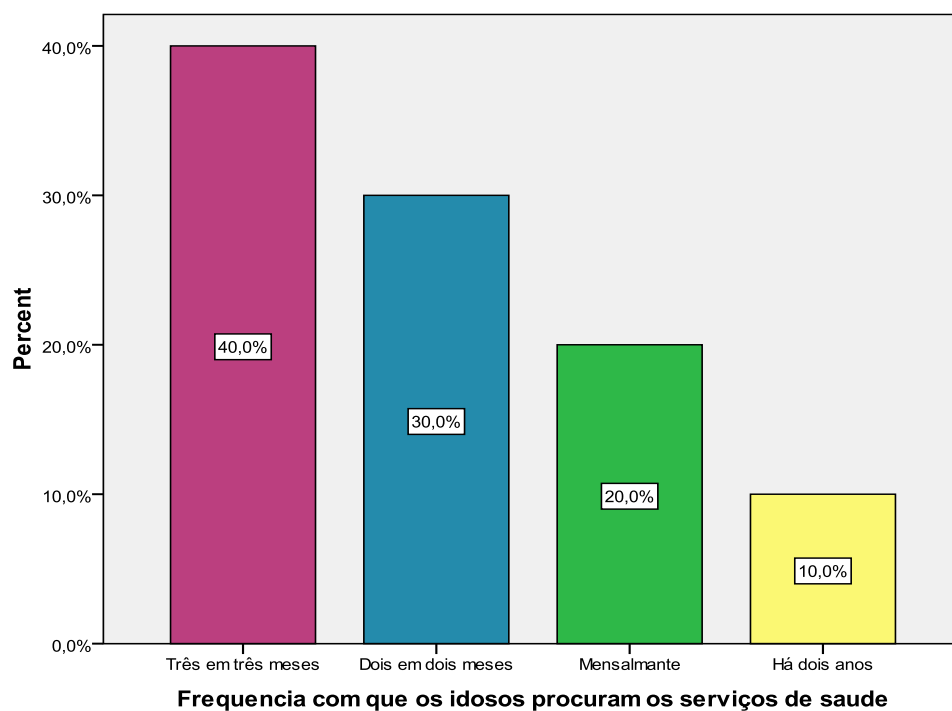


Fig.11: Contribuição dos profissionais de saúde para uma boa QdV dos idosos

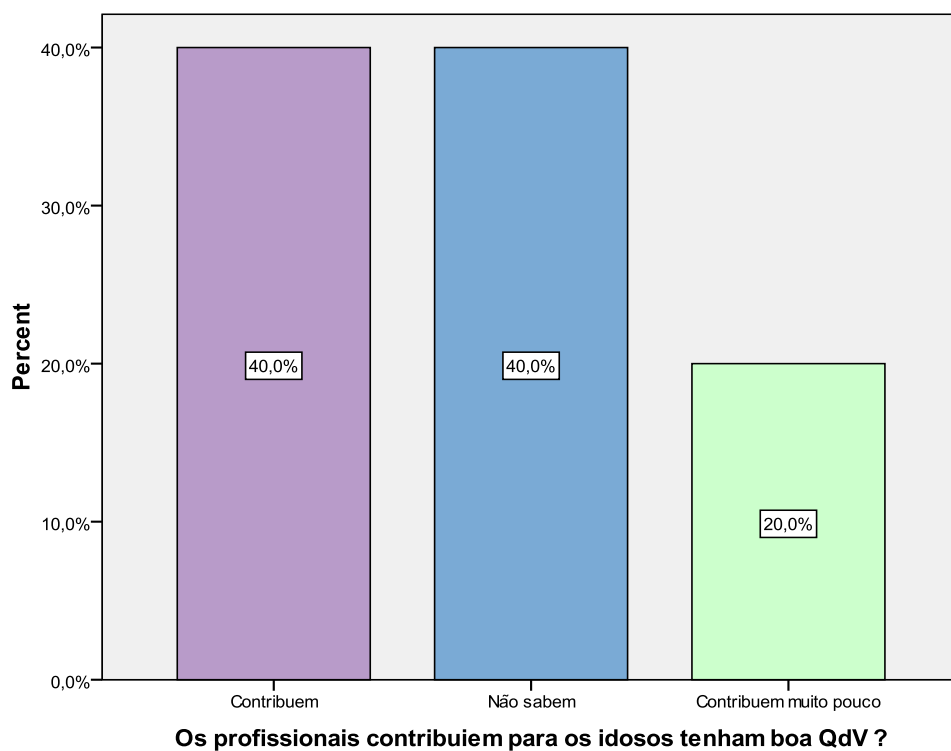


Fig. 12: Inclusão dos idosos na sociedade/comunidade e família

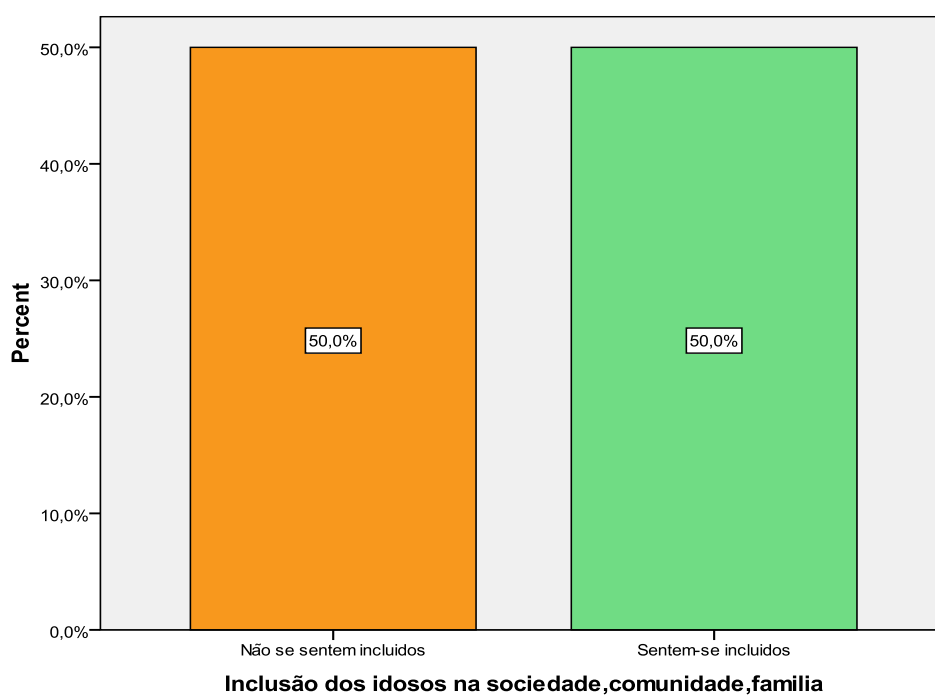


Fig. 13: Relacionamento dos idosos com os amigos

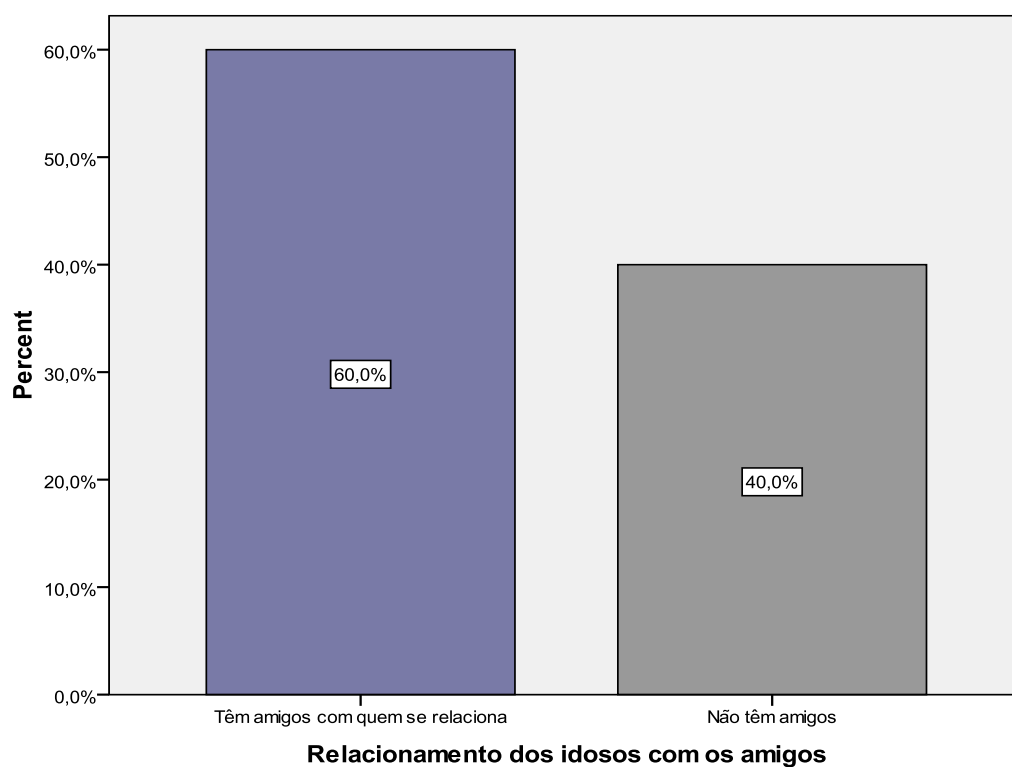


Fig.14: Frequência com que os idosos vão á igreja

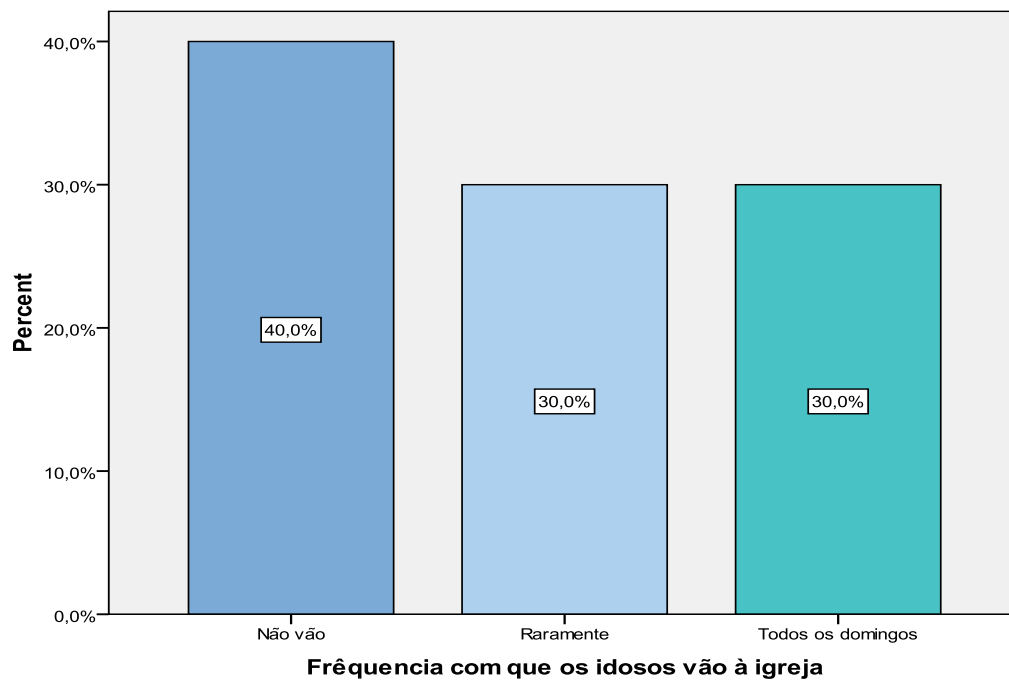


Fig.15: O que os idosos mais temem na vida

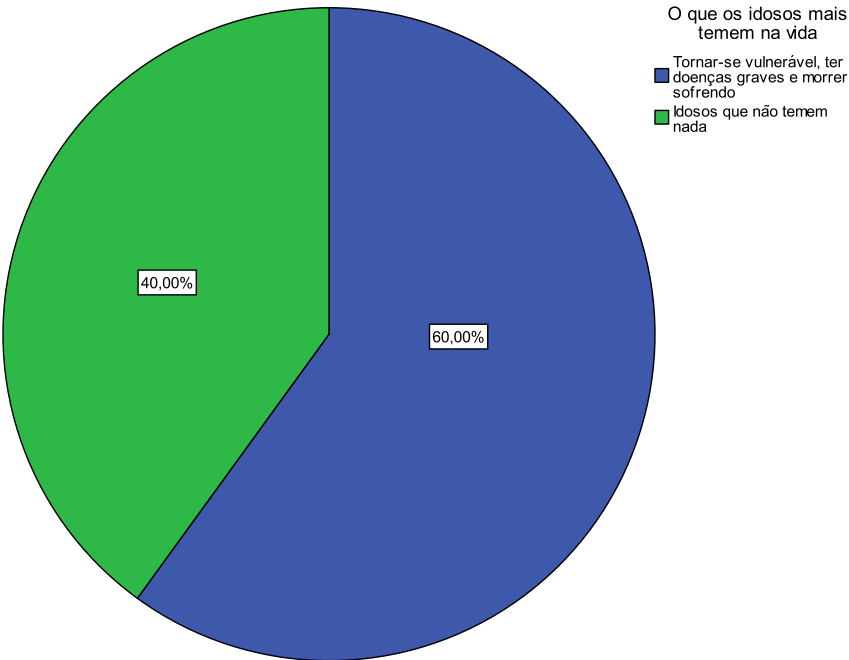
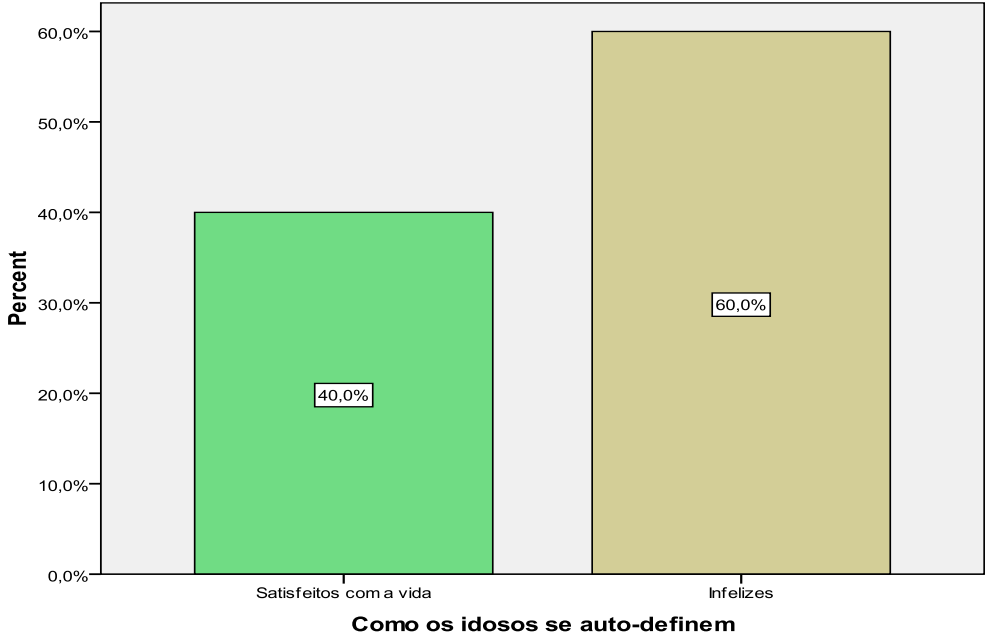


Fig. 16: Como os idosos se auto-definem



ANEXOS B

GRÁFICOS REFERENTES AOS FAMILIARES

Fig.17: Conceito de idoso/velhice – opinião dos familiares de idosos

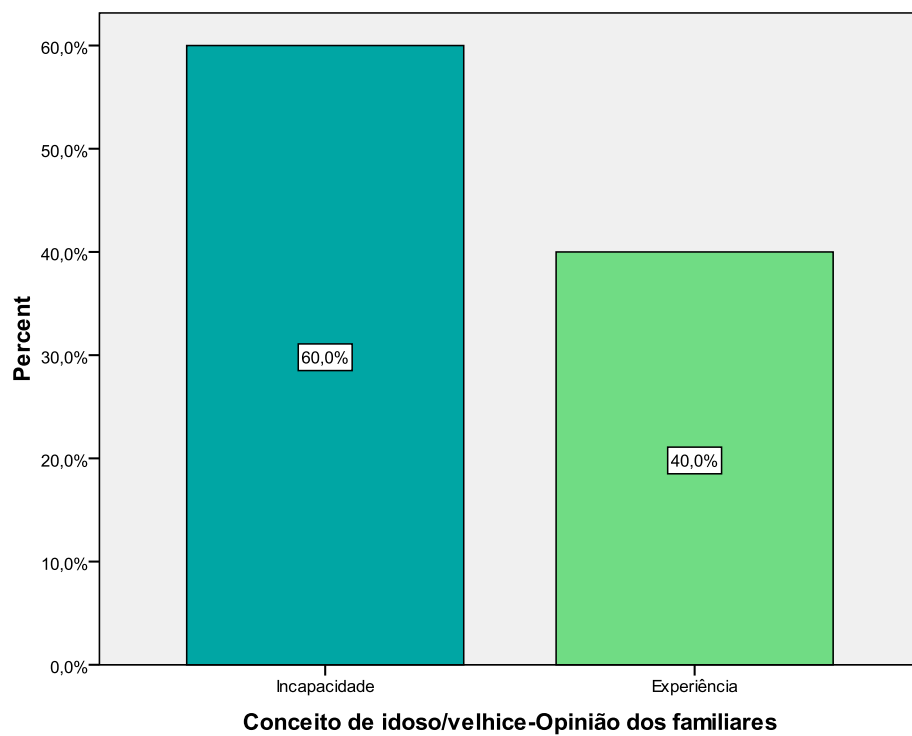


Fig. 18: Ter QdV na velhice

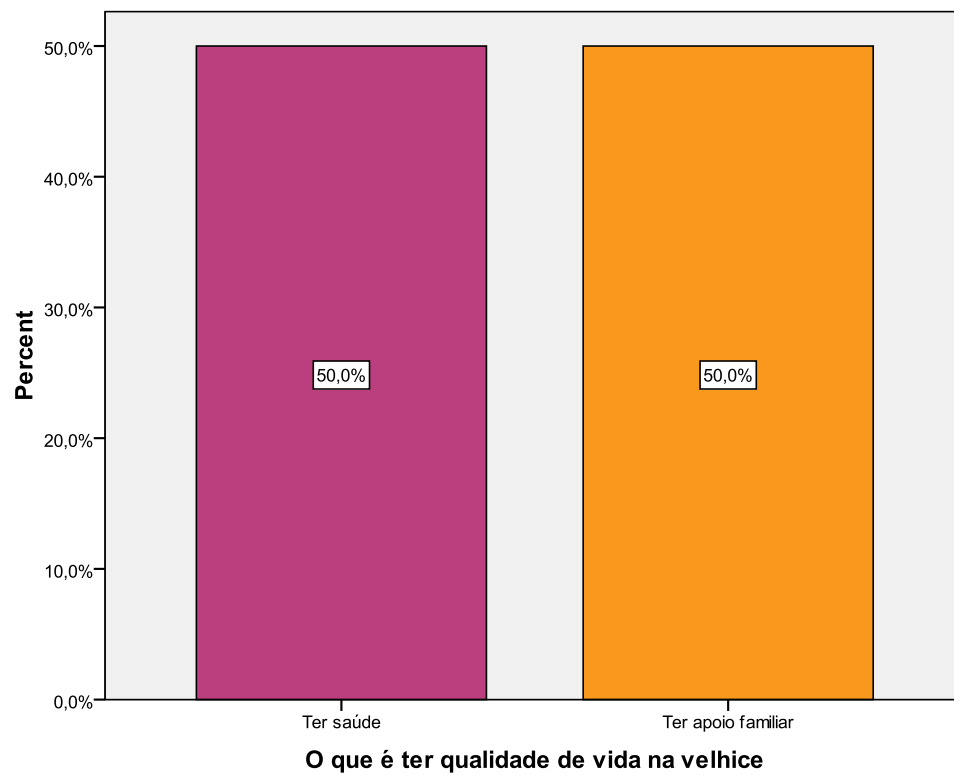


Fig.19: O que os familiares fazem para que os idosos tenham boa QdV

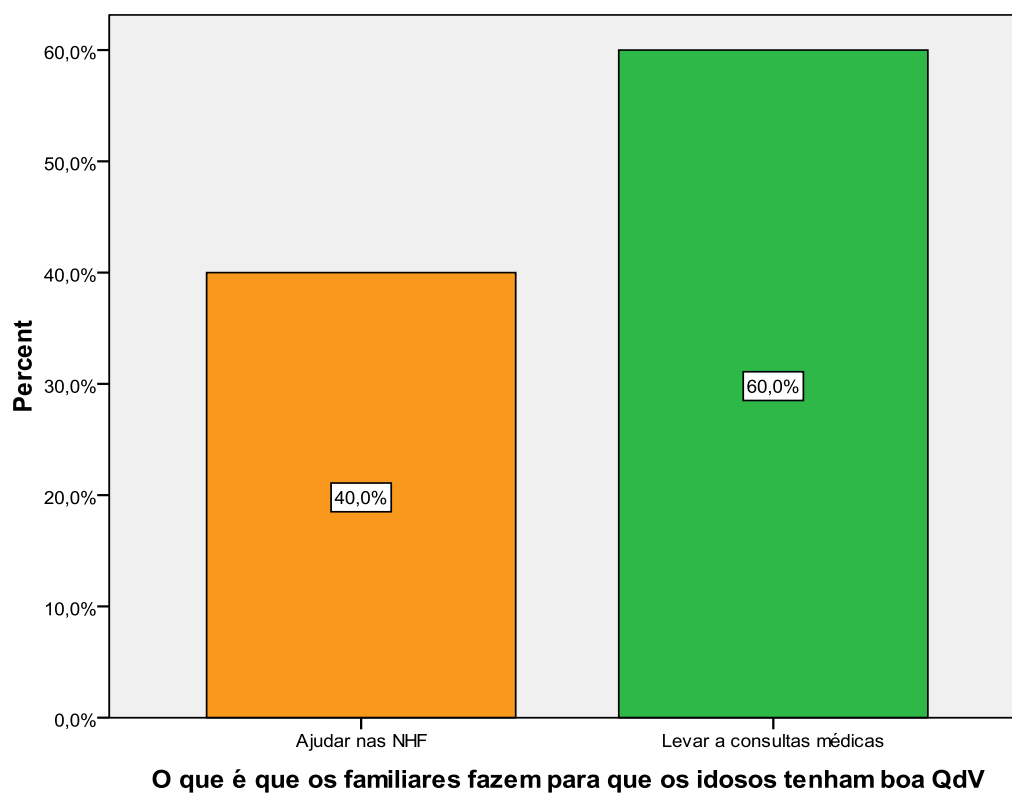


Fig.20: Porque é que os familiares cuidam dos idosos

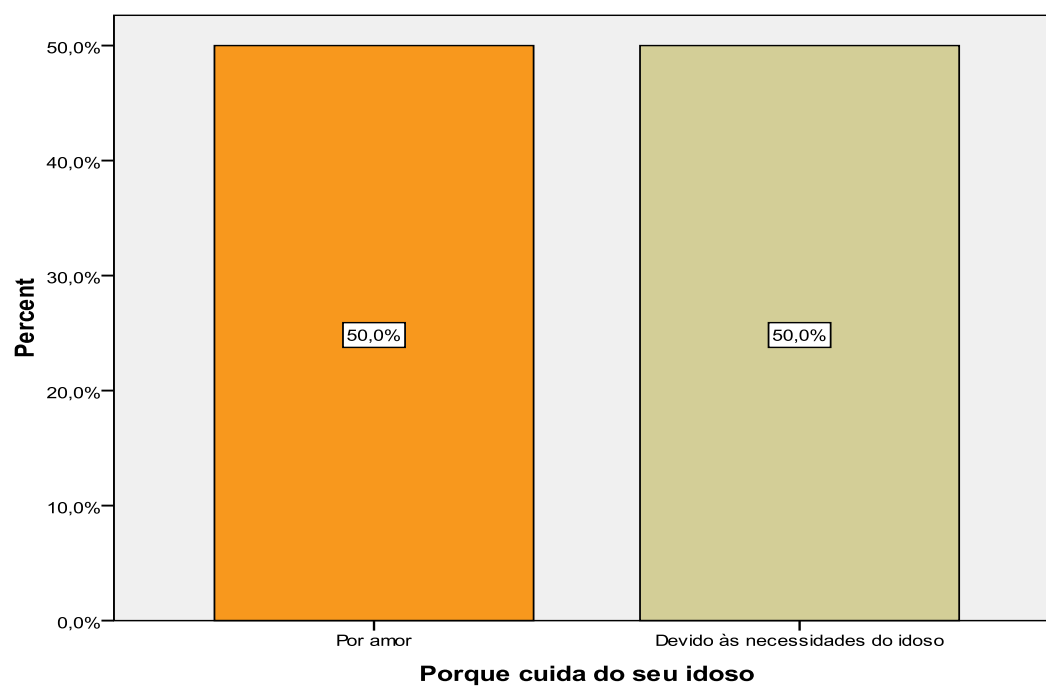


Fig.21: Cuidados prestados pelos familiares

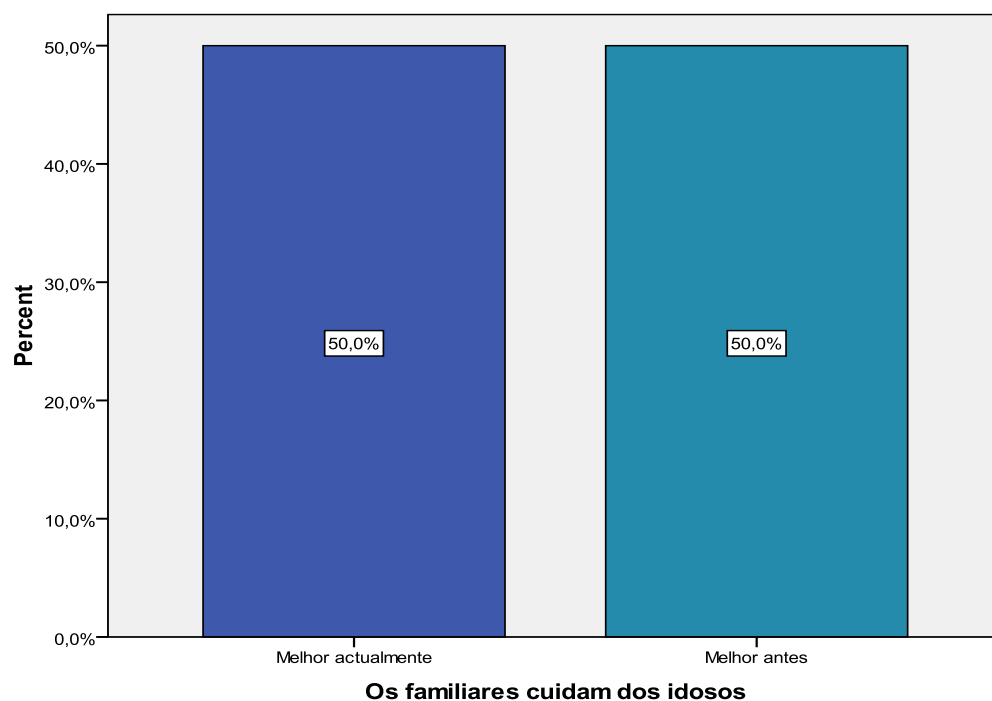


Fig. 22: Inclusão dos idosos na sociedade – Apoio dos familiares

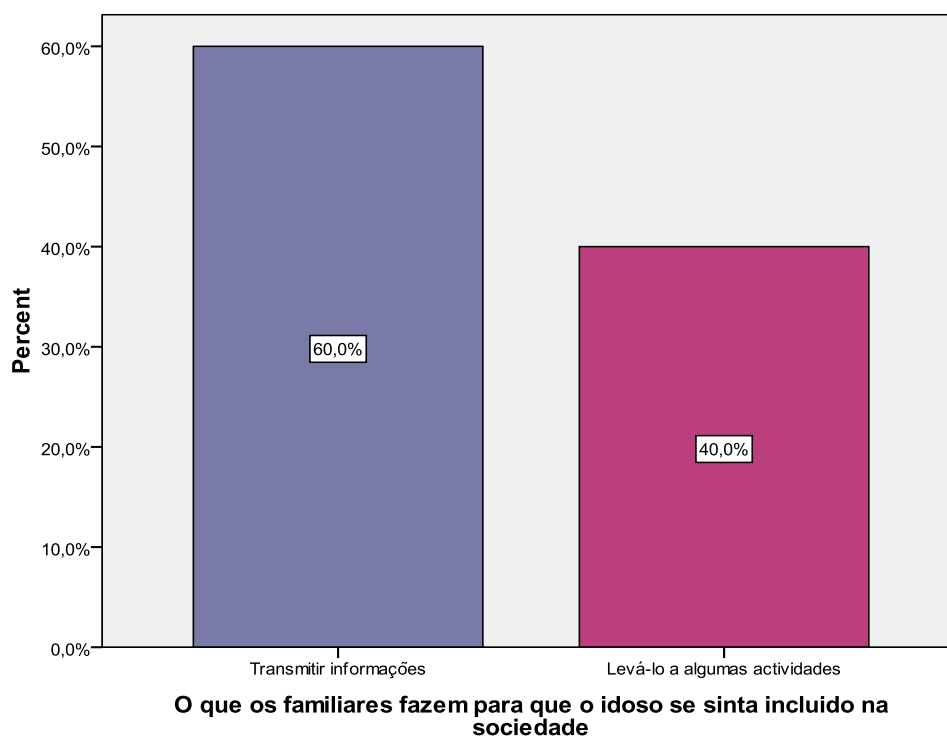


Fig. 23: Opinião dos familiares sobre os lares para idosos

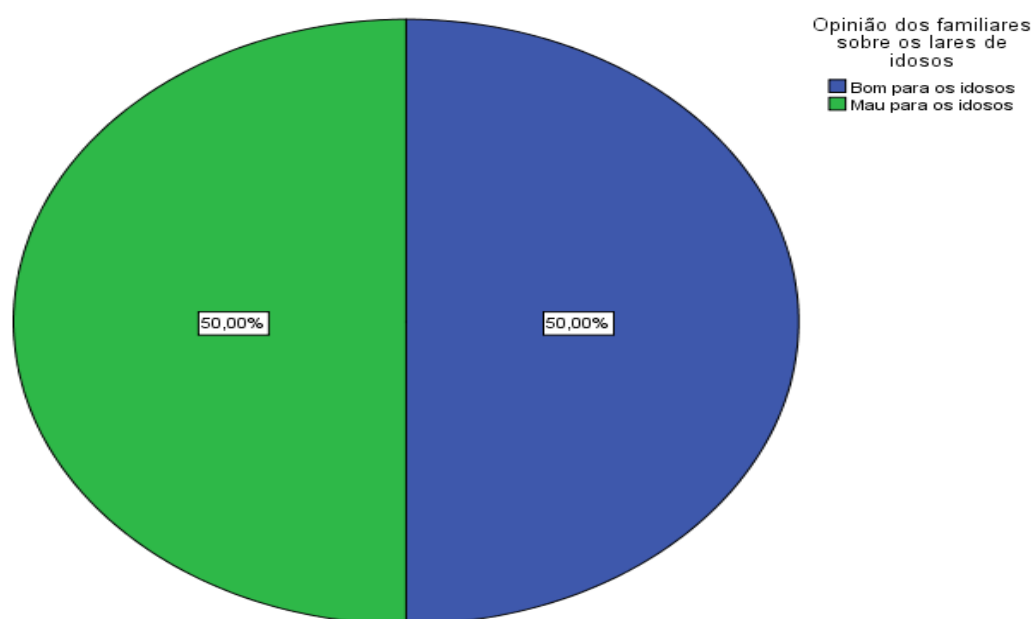


Fig.24: Qual o apoio que deveria ser dado pelas instituições sociais – opinião dos familiares

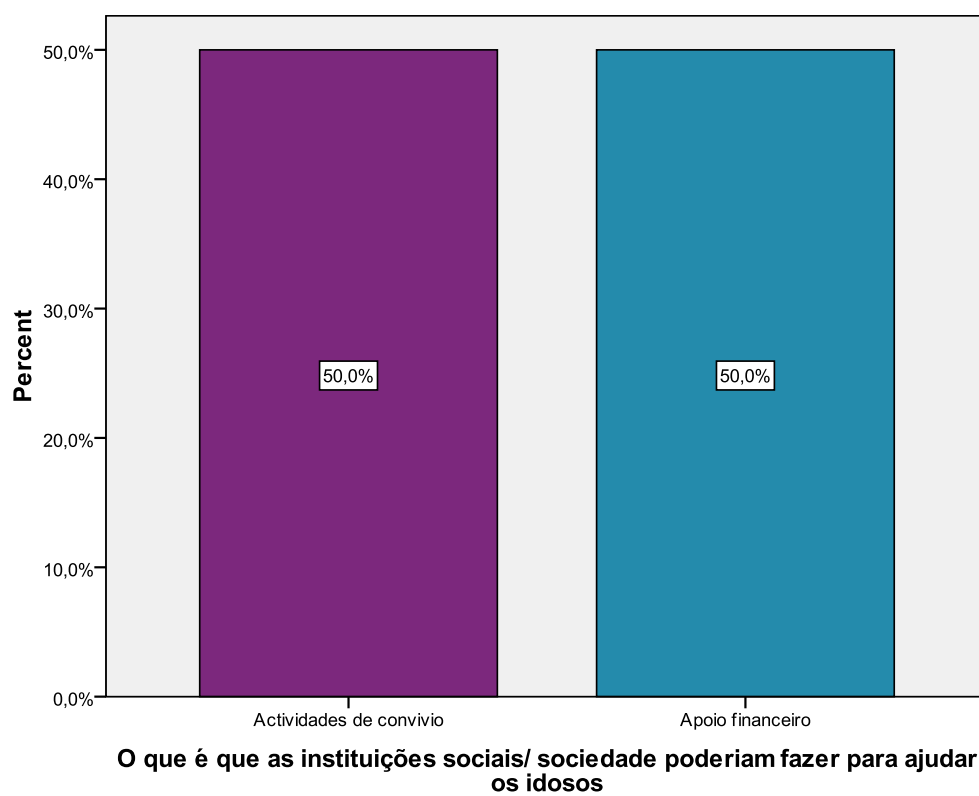


Fig.25: Pontuação que os familiares dão a QdV dos seus familiares idosos

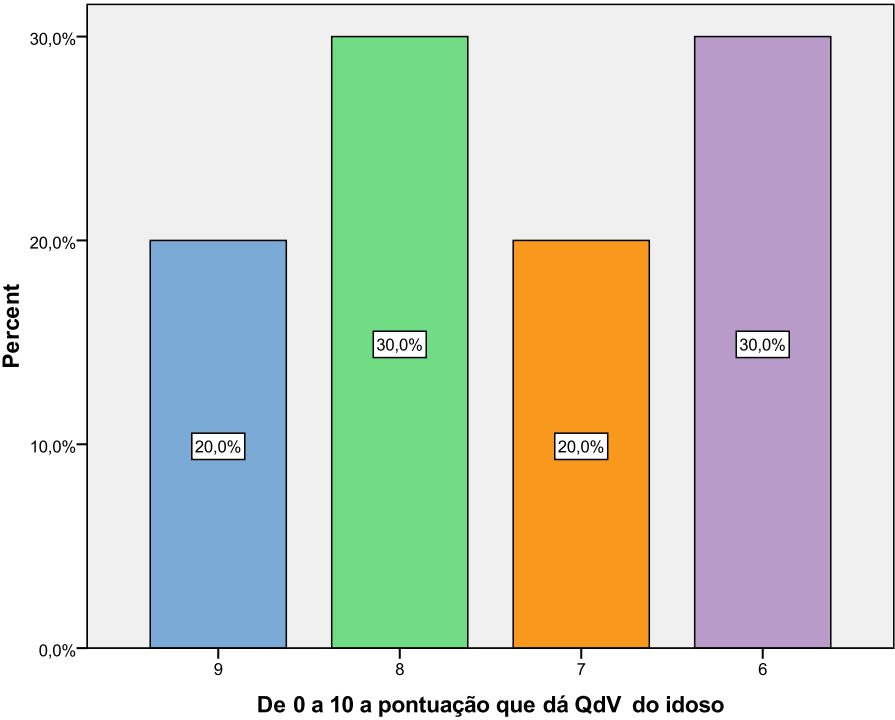


Fig.26: Horas que os familiares passam fora de casa

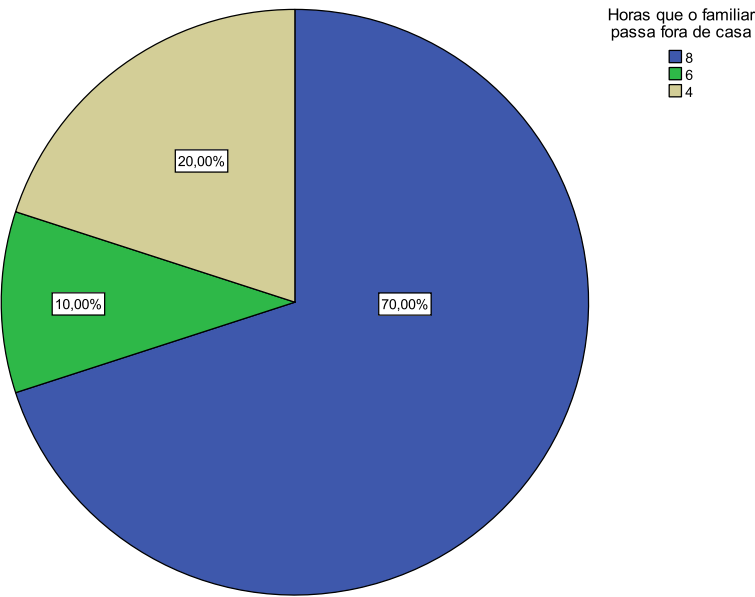
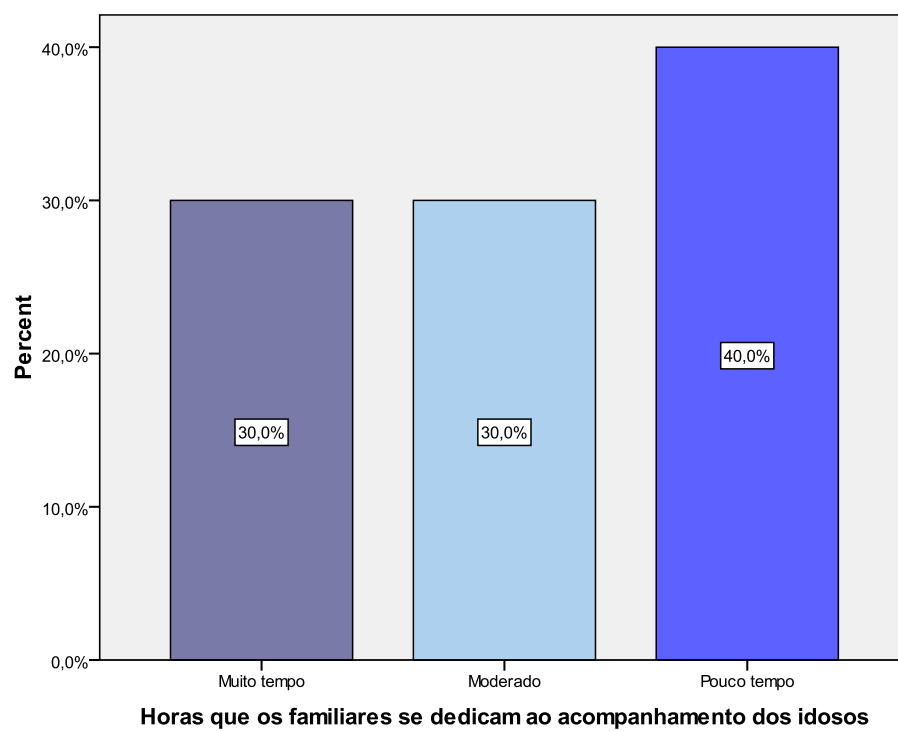


Fig.27: Horas que o familiar se dedica ao cuidado do idoso



ANEXOS C

TABELAS REFERENTES AOS PROFISSIONAIS

Tab.6: Características dos profissionais

Sexo	Idade				Anos de experiência			
Feminino	30	41	48	49	2	8	16	28

Tab.7: Princípios determinantes da QdV – opinião dos profissionais

	Número de profissionais
Saúde	3
Família	4
Vida social	1
Capacidade funcional	1
Auto estima	1

Tab.8: Factores fundamentais para se ter uma boa QdV na velhice (Pergunta de opção)

	Número de profissionais
Saúde	4
Família	4
Vida social	2
Religião	1
Independência	1

Tab.9: Resposta a questão sobre a QdV dos idosos atendidos na instituição

Categoria	Nº de enfermeiras
Têm QdV	1
Não têm QdV	2

Tab.10: Principais queixas dos idosos atendidos na instituição

Principais queixas	Profissionais
Dor generalizada, Tontura e Cansaço	P1
DM, HTA	P2
HTA, DM e Alcoolismo	P3
Dor, Cansaço e Dificuldades na locomoção	P4

Tab.11: Como é que o profissional pode contribuir para melhorar a QdV dos idosos

	Profissionais
Prestar apoio, Melhorar o entendimento, Fazer ensino sobre a saúde e Dar prioridade no atendimento e Escutar as queixas do idoso	P1
Prestar cuidados de qualidade, Respeitar a prioridade e Fazer visitas domiciliárias	P2
Prestar atendimento de qualidade	P3
Melhorar o atendimento e dar prioridade no atendimento ao idoso e Fazer ensino para a mudança do estilo de vida	P4

Tab.12: Qual o contributo dos profissionais para melhorar a qualidade de vida dos idosos

	Profissionais
Prestar serviço de saúde dentro e fora da instituição	P1
Prestar cuidados de qualidade de acordo com cada patologia e necessidade do utente e sua família	P2
Fazer visitas domiciliárias	P3
Cuidar dos idosos em todas as suas vertentes	P4

Tab.13: O que as instituições sociais poderiam fazer para a melhorar a QdV dos idosos e promover a sua inclusão social

	Profissionais
Dar apoio aos idosos e Desenvolver actividade direccionadas a estes	P1
Fazer um levantamento socioeconómico dos idosos e elaborar um plano de ajuda de acordo com as suas necessidades	P2
Oferecer refeições a quem não as tem e criar espaços de lazer	P3
Desenvolver actividades direccionadas a área de gerontologia	P4

Tab.14: Acompanhamento dos idosos pelos familiares

Categoria	Nº de enfermeiras
Enfermeiras que referem que os idosos são acompanhados pelos familiares	1
Idosos que vão sozinhos às consultas	2

Tab.15: Ensinos feitos aos familiares

	Profissionais
Orientação sobre como preparar refeições saudáveis para os idosos	P1
Cuidados com a higiene, Medicamentos, Segurança no domicílio	P2
Ensino como cuidar idoso, incluindo higiene, alimentação, lazer e cuidados com a saúde	P3
Ensino de cuidados aos idosos doentes	P4